SEMIOLOGÍA DEL PSIQUISMO

Marco Fierro Urresta

Marco Fierro Urresta

Médico psiquiatra de la Universidad del Rosario.
Especialista en Filosofía de la ciencia de la Universidad del Bosque.
Actualmente es docente en la facultad de medicina de
la Universidada del Rosario y en el postgrado
de psiquiatría de la Clínica de La Paz.

cultura Libre

Indice

Prefacio 5

Introducción 7

Evaluación 23

Descripción general 37

Estado de la conciencia, orientación, atención y sueño 45

Afecto 59

Pensamiento 77

Lenguaje 97

Percepción 111

Inteligencia 129

Memoria 139

Introspección 155

Bibliografía 167

Prefacio

Es obvio el carácter subjetivo, eminentemente personal y privado de los fenómenos psicológicos. Estas características, en los últimos años, han llevado a muchos a estudiarlos única y exclusivamente desde un punto de vista externo y a plantear la esterilidad del abordaje interno. Se prefiere ver mediante neuroimágenes los correlatos de pensamientos, emociones y recuerdos, olvidando muchas veces que los correlatos no son lo mismo que la mente. Lo anterior obedece al prejuicio de que aquello que no es susceptible de ser observado de forma directa no merece ser estudiado científicamente. La subjetividad de los fenómenos psicológicos no debe inhibirnos ni desanimarnos de tratarlos desde una perspectiva científica que abarque los dos puntos de vista. De esta manera, no sólo ampliamos las posibilidades de explicación mediante la especialización y reducción, también nos acercamos a su complejidad al ser capaces de vincular las partes con la totalidad, vislumbrar su intrincada red de interacciones y apreciar sus cualidades emergentes.

Un segundo prejuicio, tan arraigado como el primero, establece que los fenómenos psicológicos se encuentran claramente identificados y descritos. En este orden de ideas, una semiología del psiquismo es un conjunto de conocimientos cerrado, terminado, definitivamente establecido y escasamente sujeto a cambios. En psiquiatría, sus consecuencias han sido el descuido de este campo de estudio y la insistencia en mantener, a veces de manera acrítica, conceptos que han ido perdiendo capacidad explicativa y predictiva. La semiología como todo conocimiento está sujeta a cambios; su vida sólo puede transcurrir en un estado distante de la quietud, está obligada a dialogar con otras ramas del saber y no puede hacer algo distinto de aprovechar cuanto descubrimiento pueda para crecer y transformarse.

En un libro de semiología del psiquismo se puede presentar de manera esquemática las manifestaciones psicopatológicas, dar una definición de estas y citar un ejemplo ilustrativo. De seguro, sería bastante útil como texto, aunque serviría sobre todo como un diccionario especializado. Este libro es un tanto diferente. A la parte esquemática le he agregado una revisión rápida y general de los factores que dan forma a los fenómenos psíquicos, destacando su carácter dinámico y productivo. Así, en el capítulo sobre pensamiento he preferido mostrar la inconveniencia de continuar utilizando ciertos conceptos que según otras ramas del conocimiento son limitados o ya han sido modificados. En el capítulo de inteligencia, en cambio, he dado prelación a la polémica actual sobre capacidades y habilidades, dejando a un lado la preocupación por las definiciones. Quien desee adentrarse de una vez en la psicopatología, bien puede pasar por alto

esta parte, pero quien tenga un poco más de tiempo y se interese no sólo en el punto de llegada sino en el tortuoso camino de la discusión y la polémica hace bien al detenerse en ella y leerla con esa actitud crítica capaz de discutir los conceptos, cuestionarlos y buscar mejores si es el caso.

La semiología del psiquismo seguirá cambiando. Muy probablemente, conceptos tan prestigiosos como el de idea delirante, según el DSM IV, se modificarán con el conocimiento venidero. No se entenderán más como alteraciones puras del pensamiento, se necesitará en cambio el concurso de muchas otras instancias que den cuenta de su carácter complejo. Tendremos que contar para ello con los aportes de diferentes áreas del psiquismo como las emociones y las percepciones, la historia del sujeto con su flecha irreversible de acontecimientos que da lugar a nuevas tendencias interpretativas y los mecanismos de retroacción que inflan o estabilizan esas mismas tendencias.

Haber escogido como título *"Semiología del psiquismo"* en lugar de *"Semiología psiquiátrica"* tiene que ver un tanto con el fructífero diálogo existente entre las ciencias. Los fenómenos psicopatológicos ya no son competencia exclusiva de la psiquiatría ni la psicología. Hoy en día son estudiados por las neurociencias, la lingüística, algunas ramas de la filosofía y las ciencias de la computación entre otras. Los enfoques y las técnicas también se ha diversificado, pero aún así el de tipo clínico posee una enorme utilidad para todo aquel interesado en la estructura y funcionamiento del psiquismo. Al fin y al cabo las "anomalías" o "alteraciones", como se quiera, ofrecen la posibilidad sin igual de entender "lo patológico" dentro del marco de referencia de "lo normal".

Conceptos de importancia En semiologia del psiquismo

Cuando se estudia la semiología de alguna especialidad médica distinta a la psiquiatría, de entrada se vislumbra gran acuerdo con respecto a la mayoría de las definiciones y principios generales. No ocurre lo mismo en psiquiatría. Existen varios términos ampliamente utilizados cuyos significados no sólo son numerosos sino completamente distintos unos de otros. Desde luego, esta situación no obedece a simples caprichos. Cada acepción está respaldada por una historia y una perspectiva ampliamente estructuradas acerca de la manera en que se observa dicha parte de la realidad. No es pretensión de este libro discutir esos significados, ni siquiera presentarlos sucintamente. Más bien, con la finalidad de aclarar su uso en los capítulos que siguen, se enuncia las acepciones escogidas.

1. MENTE, PSIQUISMO Y FENOMENOS MENTALES

No hay nada más familiar y cercano a los humanos que nuestros propios pensamientos, percepciones, recuerdos, emociones, etc. Sin embargo, cuando intentamos caracterizarlos nos topamos con una enorme cantidad de problemas. En primer lugar, no son observables directamente por terceros, sólo el propietario puede acceder a ellos. Son enteramente privados, internos, escondidos.

En segundo lugar, cuando pensamos, sentimos o percibimos no lo hacemos en vacío. Pensamos acerca de la situación del país o del medicamento apropiado para tratar un dolor; percibimos un color, un olor o sonidos; sentimos hambre, frío o dolor; experimentamos alegría o tristeza en relación con alguna situación. En todos los ejemplos, hay un contenido, hay algo que se está representando. Esta capacidad de representar estados internos e interacciones con el mundo externo, los filósofos la llaman intencionalidad.

Todos aquellos fenómenos que reúnan las anteriores características se denominan fenómenos mentales, psicológicos o psíquicos, como se prefiera. Y la mente o el psiquismo es la colección de esos fenómenos y sus complejas interacciones. Caracterizar de esta manera lo mental abre muchos interrogantes. Si el cerebro de un animal como el chimpancé tiene la capacidad de elaborar representaciones de sus estados internos y de los objetos externos ¿por qué no hablamos de la mente del chimpancé? ¿La mente humana

posee rasgos adicionales que la hacen particular y distinta a la mente de otros animales? Un intento de respuesta a la segunda pregunta es la conciencia.

Pero antes de seguir adelante, es conveniente mencionar algunos aspectos sobre la historia del término mental en el estudio del comportamiento humano durante el siglo XX. A finales del siglo XIX y comienzos del XX, Sigmund Freud expuso la teoría psicoanalítica. Entre sus fundamentos estaban el inconsciente dinámico, la sexualidad infantil y el determinismo psíquico. Los pensamientos, sentimientos y emociones, estaban íntimamente relacionados con y determinados por el contenido y los procesos del inconsciente, instancia que no puede ser conocida mediante la introspección. Se daba primacía a lo intrapsíquico, a lo no observable directamente.

Unos años más tarde, una perspectiva completamente diferente vino con el conductismo. Su interés se centraba en la conducta observable y mensurable. En su versión más radical, negaba de plano que los fenómenos mentales fueran procesos internos. No era posible identificarlos independientemente del comportamiento y por tanto no se podía tratarlos como causas de la conducta. Mente, para el conductismo dominante al menos en la psicología norteamericana de buena parte de la primera mitad del siglo XX, era un término oscuro cuyo uso debía suprimirse, pues no se refería a nada.

A finales de los cincuenta y comienzos de los sesenta vino la denominada revolución cognoscitiva. Pronto se comenzó a hablar de filtrado selectivo de la experiencia, construcción de representaciones del mundo en la memoria, estrategias para coordinar la información. En 1956, en el libro *A study of thinking*, Jerome Bruner y otros fueron los primeros en proponer que la solución racional de problemas era algo que se podía explicar psicológicamente y no únicamente a través de la evaluación lógica. En 1957, Noam Chomsky, en su libro *Syntactic Structures,* postuló que algunos principios fundamentales del lenguaje están insertados en la mente y no son producto del aprendizaje. Todo ello provocó una gran deserción del conductismo al cognoscitivismo. Nuevamente se dio importancia a los fenómenos que ocurren interiormente. Esta vez el enfoque recayó en los procesos intracerebrales o intrapsíquicos y el término mental recobró importancia. Aún así, fenómenos como la conciencia no fueron admitidos dentro de la psicología experimental sino hasta la década de los ochenta.

2. LA CONCIENCIA

El término conciencia es uno de los más utilizados en psicología, psiquiatría, filosofía de la mente y otras disciplinas. Así mismo, las acepciones en que se emplea son muchas. Según Aaron Sloman, "el sustantivo conciencia, tal como lo usa la mayoría de los académicos (filósofos, psicólogos, biólogos...) no se refiere a nada en particular".

Nicholas Humphrey, en su libro *Una historia de la mente*, se propuso mostrar que la conciencia no sólo se refiere a "algo en particular" sino que ya ha sido definida como "algo en particular" por los hablantes comunes del idioma inglés (en su caso). Recorramos el camino propuesto por Humphrey.

Las palabras adoptan diferentes significados a través del tiempo, algunos sobreviven y otros desaparecen. La palabra "consciente" deriva del latín *con*, que significa "junto con", y de *scire*: saber. Significaba inicialmente compartir conocimiento con otros. Se trataba de un conocimiento público, abierto, amplio. Después, pasó a significar compartir conocimiento únicamente con algunos, pero no con todos; compartirlo con un pequeño grupo. El círculo se fue cerrando y, en lugar de unas pocas personas, el conocimiento se volvió personal. Solamente el sujeto conocía, era el único que sabía y no compartía esto con los demás.

Cuando la palabra "consciente" llegó al Inglés, por allá en la Edad Media, sufrió modificaciones en su significado. Tenía entonces dos acepciones. De un lado, se usaba para designar el conocimiento privado al que uno no quisiera que alguien más tuviera acceso. Aquí estaban los secretos, las acciones culposas, los actos vergonzosos; conocimientos privados contingentes, pues, al menos, era posible que otros accedieran a ellos y los revelaran. La segunda acepción tenía que ver con el conocimiento privado al que nadie más podía acceder por más que lo intentara; necesariamente privado gracias a su propia naturaleza. Se enmarcaban aquí los conocimientos sobre los propios pensamientos, emociones, recuerdos, etc., es decir, los conocimientos acerca de los fenómenos psicológicos de uno mismo. El conocimiento culposo se convirtió en algo sobre la "conciencia", mientras el autoconocimiento siguió siendo algo de lo que la persona era "consciente".

Hoy en día, la primera acepción se usa escasamente en Inglés, si bien en Español aún la encontramos con frecuencia. Las personas suelen decir "tengo un cargo de conciencia" o "me pesa en la conciencia", refiriéndose a la conciencia culposa. Y también se escucha oraciones como "soy consciente de la responsabilidad que asumo" en las que consciente es conocimiento compartido. Se expresaría lo mismo si se dice "al igual que ustedes, sé las implicaciones de lo que hago".

La segunda acepción ha llegado a ser el significado más común de conciencia, utilizado incluso por disciplinas académicas. Se refiere a tener conocimiento de los fenómenos psicológicos propios y privados (pensamientos, emociones, recuerdos, percepciones). Una metáfora bastante utilizada para explicarlo es la del "teatro cartesiano" o de "una-película-en-el-cerebro" como dice Damasio. Asistimos, en la mente, a la presentación de un espectáculo teatral, cinematográfico, multimedia que incluye imágenes visuales, sonido y bandas especiales para olores, sabores, etc. Quien posee dicho conocimiento,

el espectador del espectáculo, no es un tercero, no es un pequeño hombrecillo interno (homúnculo) como una vez se propuso, es uno mismo. Hay un yo que conoce sus fenómenos mentales y se da cuenta de que está conociéndolos. De aquí surge un sentido del yo o de identidad.

Ser consciente o estar conciente es entonces 1- tener conocimiento de la presencia de fenómenos psicológicos propios y 2- darse cuenta de la existencia de uno mismo como propietario de ellos (sentido del yo). Si asumimos esta acepción sobre la conciencia, podemos decir que estamos conscientes cuando estamos despiertos, esto es, cuando nos encontramos en estado de alerta o vigilia. En esos momentos tenemos sensopercepciones (vemos el cielo azul, escuchamos una canción), pensamientos (repasamos las capitales de los países de Europa, trazamos planes para un viaje), emociones (sentimos tristeza, alegría), recuerdos (evocamos sucesos del pasado), imaginaciones (planeamos detalles del futuro, fantaseamos con una excursión a tierras distantes), etc. Además, nos sabemos dueños de esos fenómenos, lo que equivale a decir, nos percatamos de que existimos.

Al dormir, no nos damos cuenta de la presencia de fenómenos psicológicos propios, por tanto no estamos conscientes. Pero dormir no es un estado homogéneo, incluye períodos de actividad onírica (los sueños). En los sueños hay imágenes visuales, y en menor medida auditivas, que se entrelazan y forman una historia que vivenciamos como si fuera real. Además de imágenes perceptivas se experimenta emociones, pensamientos y hasta se traza planes. Basta mencionar lo que sucede durante una pesadilla. Sentimos ansiedad intensa, pensamos y planeamos la mejor forma de escapar del peligro y, si no lo logramos, pedimos auxilio mediante gritos y alaridos. Vivenciamos con tal nitidez la pesadilla que si pudiéramos movernos saltaríamos de la cama y correríamos. No lo hacemos debido a la activación de un mecanismo fisiológico inhibidor de los movimientos voluntarios. Como se ve, la actividad onírica es un estado muy parecido al de vigilia en cuanto a la presencia de fenómenos psicológicos propios. Más sorprendente todavía es el hecho de que en muchas ocasiones, durante el sueño, sabemos que estamos soñando. A primera vista, si ser consciente es experimentar la presencia de fenómenos mentales propios y ser capaz de identificar al yo como propietario de los mismos, durante la actividad onírica se estaría consciente. Sin embargo, patrones diferentes en la actividad eléctrica cerebral y en otras variables fisiológicas hacen del soñar un estado con características propias, diferente de lo que es estar consciente. Desde luego la discusión no está cerrada.

2.1. Fenomenos inconcientes

En los dos últimos siglos, el uso de la palabra conciencia sufrió una transformación más. Se pasó del modo transitivo ("ser consciente de....", "ser consciente de tal y tal

cosa") al modo intransitivo ("ser o estar consciente", "el o ella son o están conscientes"). De esta manera, conciencia comenzó a connotar un estado especial de existencia, lo que permitió describir otro estado: la inconsciencia.

La existencia de fenómenos mentales inconscientes, esto es, que no acaecen en el "teatro cartesiano" o en "la-película-en-el-cerebro" y de los que el yo nada sabe, ha sido motivo de debate. El psicoanálisis, además de admitirlos, les otorga un papel fundamental en el funcionamiento psíquico. Los concibe como representaciones mentales de deseos no sujetas a los principios lógicos convencionales ni a los formalismos de tiempo y espacio. No se expresan directamente, lo hacen a través de derivados como los sueños, los actos fallidos y los síntomas neuróticos.

Uno de los descubrimientos en ciencias cognoscitivas es el procesamiento inconsciente de ciertos tipos de información. Por ejemplo, los sucesos traumáticos de las primeras etapas de la vida no se guardan en la memoria declarativa y no son accesibles a la conciencia. Sin embargo, se almacenan como recuerdos inconscientes en un subsistema de memoria diferente (algunos la llaman memoria emocional) y desde allí influyen en las funciones mentales y el comportamiento de épocas posteriores de la vida.

3. RELACION ENTRE MENTE Y CUERPO

Por más de tres siglos, dos de las preguntas más interesantes de la ciencia y la filosofía han sido acerca de la mente: ¿qué clase de cosas son las mentes y cómo se relacionan con los cuerpos? Al menos desde el siglo XVII en adelante, las respuestas han sido numerosas, variadas e interesantes. Para Descartes, existían una substancia física cuya propiedad básica era la extensión y una substancia mental cuya propiedad básica era pensar (tener fenómenos mentales). Las dos substancias correspondían a entidades totalmente separadas (dualismo), por lo que su interacción se volvió problemática. Planteó que en un lugar del cerebro (la glándula pineal) la mente podía modificar los movimientos de los humores animales y de esta manera influir en la actividad del cuerpo. Desde entonces, las hipótesis se han sucedido una tras otra. En opinión de algunos, la relación entre la mente y el cuerpo puede carecer, por principio, de respuesta. Arguyen entre otras razones que si el observador y lo observado coinciden, como en el estudio de la mente, no será posible entender el problema.

Más allá de la interesante discusión al respecto, es importante resaltar la tendencia al abandono de los dualismos que se ha venido imponiendo desde hace unos años en disciplinas como psiquiatría, psicología, neurociencias, lingüística, etc. Se prefiere los monismos, esto es, considerar a los estados mentales como idénticos a los estados físi-

cos del cerebro o, cuando menos, íntimamente correlacionados. Los datos empíricos en favor de estas hipótesis son cada vez mayores y más fuertes, y han mostrado además que los fenómenos mentales no se correlacionan únicamente con el cerebro sino con la totalidad del cuerpo.

El cerebro envía señales al cuerpo continuamente. Dispone para ello de 1- nervios que transmiten señales al sistema musculoesquelético, encargado de los movimientos voluntarios; 2- nervios que transmiten señales a las vísceras (sistema nervioso autónomo) y 3- sustancias químicas como hormonas, transmisores y moduladores liberadas en el torrente sanguíneo. El cerebro no sólo envía señales y órdenes, también es su receptor. Mediante los nervios recibe información de todas y cada una de las partes del cuerpo, llámense músculos, huesos, articulaciones, vísceras. Por el torrente sanguíneo le llegan sustancias procedentes de muchos lugares que van a interactuar con las estructuras cerebrales y modificar su funcionamiento. El cerebro entonces no sólo está encargado de nuestra relación con el mundo, también cumple un papel fundamental en la regulación biológica del organismo como totalidad. Todo cambio en el cuerpo se traduce en cambios en el cerebro y viceversa. Después de todo, parece que la separación entre el cerebro y el resto del cuerpo es más artificial de lo que pensábamos.

El cerebro realiza muchas tareas de las cuales no tenemos información consciente alguna. La disminución de los niveles de azúcar en la sangre desencadena un conjunto de respuestas fisiológicas encaminadas a restituirlos a su valor normal; el aumento de cortisol inhibe la producción de ACTH en la hipófisis; una disminución en la presión arterial se compensa en parte con un aumento de la frecuencia cardiaca. Aunque el correcto funcionamiento de estos mecanismos reguladores es sumamente importante para la vida, ninguna de sus acciones se presenta directamente al psiquismo en forma de imágenes perceptivas. Por más que lo intentemos, no nos damos cuenta, concientemente, del aumento del cortisol. La hipoglicemia nos produce hambre, pero ninguna imagen perceptiva acerca de ella ni de la gran cantidad de correctivos que el organismo pone en juego. En conclusión, de un gran número de acciones que suceden en el cerebro no tenemos información consciente, lo que equivale a decir información en forma de imágenes mentales.

Sin embargo, el panorama no se reduce al procesamiento y ejecución de una respuesta de las que nada sabemos. Una gran cantidad de la información proveniente del cuerpo, del mundo externo a nosotros, del propio cerebro y el procesamiento de todas ellas se va a presentar como fenómenos mentales conscientes. Aunque no todo lo que sucede en el cerebro aparece como mental, todo lo mental está sucediendo al mismo tiempo en el cerebro, o para ser más precisos en esa comunión cerebro-cuerpo. Visto así, hay razones para referirse indistintamente a mente o cerebro cuando se alude a los fenómenos mentales; lo que se hace en los capítulos siguientes.

4. LO NORMAL Y LO ANORMAL

Si se habla de síntomas, de trastornos, de enfermedades, surge necesariamente la pregunta sobre qué es normal y qué no lo es. En la vida diaria se emplea con inusitada frecuencia estas categorías para referirse al comportamiento de las personas, casi siempre más con emoción que con razones. Existen varias concepciones teóricas acerca de lo normal y anormal. Cinco de ellas son bastante conocidas y ameritan una breve presentación

4.1. La normalidad como salud

Es la perspectiva más estrechamente relacionada con la medicina. Lo normal es la salud y lo anormal la enfermedad. En una época se entendía la salud como la ausencia de síntomas. Sin embargo, con el tiempo, el concepto de salud se ha extendido enormemente. Desde el funcionamiento armónico del organismo hasta el bienestar que se experimenta con las propias creencias religiosas es hoy en día salud, lo que vuelve difícil su uso como criterio de normalidad.

El criterio es bastante útil en ciertos casos. Si alguien tiene alucinaciones auditivas de voces que le hablan, ese es un síntoma que no puede soslayarse, pues indica la presencia de alguna enfermedad seria que amerita investigarse. De otra parte, no son pocas las limitaciones y cuestionamientos a este criterio. ¿Cuál es la lista de los síntomas y las enfermedades existentes que debe utilizarse como marco de referencia para establecer lo anormal? Los procesos escondidos, es decir, los que no se manifiestan como síntomas, pero que actúan de manera silenciosa durante periodos de tiempo a veces prolongados, ¿pueden ser considerados parte de lo normal o de lo anormal? Un ejemplo de esto último es el conjunto de alteraciones en la migración y arquitectura celular encontrada en la esquizofrenia. Se originan durante la vida intrauterina pero no se manifiestan sintomáticamente sino hasta la adolescencia o comienzos de la vida adulta.

4.2. La normalidad como ideal

Platón concebía la existencia de un mundo allende el nuestro. Ese mundo estaba habitado por las ideas, esto es, los ejemplares perfectos de todo lo existente. Los objetos del mundo sensible que perciben nuestros sentidos no son más que copias imperfectas de esas ideas. Así, los perros o los gatos son representantes burdos, copias mal hechas del perro y el gato del mundo de las ideas. Lo normal y anormal en el psiquismo también han sido conceptualizados siguiendo el modelo platónico.

De acuerdo con este planteamiento, lo normal es concebido como la mezcla armoniosa y perfecta de los distintos elementos del psiquismo dando como resultado un funciona-

miento óptimo. Se plantea un ideal de persona que no existe más allá de la teoría, pues encontrar alguien cuyo psiquismo pueda ser descrito por el enunciado de la definición es imposible.

4.3. Normalidad estadística

Es una explicación basada en la estadística. El modelo principal es la distribución de una población en una curva en forma de campana. Hacia la parte media se agrupa la mayoría y a medida que se avanza hacia los extremos se encuentra un número decreciente de individuos. Lo normal queda comprendido en una zona alrededor de la parte media de la curva (dos desviaciones estándar por lo general); es todo fenómeno psíquico propio de la mayoría de los individuos. Lo anormal, en los extremos, es aquello característico de un grupo minoritario de personas.

Los estudios estadísticos han logrado gran aceptación en el mundo científico actual. Conocer las características de grandes poblaciones de individuos ha ayudado enormemente a establecer parámetros por fuera de los cuales hay mayor riesgo de presentar molestias o complicaciones de salud. Es el caso de la presión arterial. Por encima de ciertas cifras aumenta la probabilidad de sufrir problemas cardiacos, renales y de accidentes cerebrovasculares. Aunque es más difícil utilizar herramientas estadísticas en el estudio de los fenómenos psicológicos, no se puede subestimar el conocimiento adquirido a través de ellas.

El criterio tiene también limitaciones. Quedan patentes al estudiar el cociente intelectual. La mayoría de las personas tienen un cociente alrededor de 100. Por debajo de 70 se ubica una minoría con retardo mental. Por encima de 130 hay otra minoría con inteligencia superior. Al aplicar el criterio de manera rígida, quienes se encuentran en los extremos, tanto los sujetos con retardo mental como aquellos que ostentan una inteligencia superior, son igual de anormales.

4.4. Lo aceptado socialmente

Este criterio se halla ligado estrechamente al anterior. En cada grupo humano hay creencias, expresiones de afecto y comportamientos aceptados y otros que no lo son. Lo aceptado socialmente además es visto como bueno, útil y deseable. Llega a convertirse en lo normal. Obviamente, a medida que se modifican las sociedades y se transforma la cultura, lo considerado normal también cambia. En favor de esta conceptualización, es preciso recordar que vivimos en grupos cuya influencia sobre nosotros es enorme y determinante; por lo que no se puede entender el psiquismo de alguien sin esta referencia.

El uso inflexible de este criterio conlleva el riesgo de considerar anormal a cualquiera

que se diferencie o elija un estilo de vida con creencias y conductas particulares y a aquél que no comparta la manera de ver el mundo predominante en su grupo.

4.5. Criterios psicoanalíticos

Algunos representantes de la escuela psicológica conocida como psicoanálisis han propuesto conceptos variados acerca de la normalidad. Para Melanie Klein, está relacionada con la fortaleza del carácter y las capacidades para afrontar los conflictos emocionales, disfrutar sin conflictualizarse y amar. Otto Rank dice que la normalidad es la capacidad de vivir sin culpa ni ansiedad y saber responsabilizarse de los actos propios.

4.6. Todos los criterios presentados son herramientas útiles para entender el psiquismo humano. Dependiendo del fenómeno en estudio y del contexto del momento, uno de ellos puede ser de más ayuda que los otros. Desde luego, ninguno está exento de limitaciones; mucho más si se utilizan de manera inflexible. Pero más allá de las fortalezas o debilidades de cada uno, es importante tener presente que los fenómenos psíquicos, al menos en cuanto a su intensidad, se presentan dentro de un espectro donde no hay una frontera claramente definida entre lo que es normal y aquello que no lo es.

Adscribir demasiado rápido los adjetivos de normal o anormal al psiquismo de alguien no acrecienta mucho el conocimiento acerca de esa persona. Conviene más acercarse con una mirada diferente. Se trata de ver el psiquismo en acción, en permanente transformación, empeñado en cumplir su propósito de ayudar de la mejor manera a la adaptación al entorno. No es posible entenderlo sin el concepto de lo dinámico, ya que no es una estructura estática inmodificable. Es el producto de una entramada historia biológica, psicológica y social, con posibilidades de modificaciones y con limitaciones en el alcance de las mismas.

5. LIMITACIONES DE LA SEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA TRADICIONAL

Ludwig Wittgenstein, filósofo de la primera mitad del siglo XX, en su libro póstumo publicado en 1953, *Investigaciones filosóficas*, afirmó que para entender el lenguaje deberíamos estudiar cómo lo usamos. En las teorías de la primera mitad del siglo XX se enfatizaba en que los términos lingüísticos se utilizaban para referirse a objetos. La palabra manzana se refería siempre a la fruta conocida con este nombre, lo que se conoce como uso referencial. Wittgenstein pensaba que el lenguaje ordinario no lo usamos de manera puramente referencial. Utilizar la expresión "la manzana es verde" en una canción es diferente de utilizarla en un chiste, en la descripción de un objeto o en la adivinanza de un acertijo. A esas actividades lingüísticas particulares les llamó juegos

del lenguaje. Cantar, describir, contar un chiste son juegos del lenguaje. Decía que no prestar atención cuidadosa a la naturaleza de los juegos y a sus reglas era la fuente de muchos errores filosóficos y el origen de pseudoproblemas. Afirmaba que los problemas filosóficos surgen "cuando el lenguaje se va de vacaciones". En la semiología psiquiátrica no es difícil encontrar pseudoproblemas de este origen.

5.1. Terminología confusa

Las definiciones ayudan a caracterizar las cosas y posibilitan un primer acercamiento a ellas. A medida que se profundiza en su estudio, ocupan un lugar secundario, pues la complejidad que se encuentra ya no puede ser resumida en unas pocas palabras. Los apartes de los textos de psiquiatría dedicados a la semiología son ricos en definiciones; desafortunadamente una buena cantidad de ellas oscuras y hasta circulares. En un conocido libro aparece insight verdadero definido como *"comprensión de la realidad objetiva de un conjunto de circunstancias acoplada con la motivación y el ímpetu emocional para manejar la situación"*. Es difícil entender cuál y cómo es el acoplamiento propuesto y a qué situación se alude. Es una definición confusa y poco útil.

En otro aparte, pensamiento mágico es definido como *"una forma de pensamiento dereísta; pensamiento que es similar al de la fase preoperacional del niño (Jean Piaget), en la que el pensamiento, las palabras y las acciones asumen el poder (p.ej., pueden causar o prevenir sucesos)"*. En este caso se define una clase de pensamiento acudiendo a un ejemplo en el que se utiliza nuevamente el término pensamiento. Se trata de una definición circular en la que la palabra definida se emplea como parte de la definición.

5.2. Categorización sin criterios claros

Al hacer clasificaciones es necesario al menos seleccionar una característica clara y precisa que sirva como referencia para determinar las clases o tipos que se va a establecer. Si para clasificar las frutas se escoge el color, se agruparán en verdes, amarillas, rojas, etc; pero sería inapropiado agruparlas en verdes, dulces, rojas, ácidas y redondas, pues se mezclarían criterios de color, sabor y forma.

En semiología psiquiátrica no es extraño hallar este tipo de clasificaciones. Se suele mencionar como alteraciones del origen del pensamiento al pensamiento lógico, ilógico, autista, dereísta y mágico. Ni siquiera se precisa qué se entiende por origen, pero alrededor de un término escasamente discutido, se mezclan aspectos referentes a la estructura y el contenido del pensamiento. En otro libro figuran entre las alteraciones generales en el curso o proceso del pensamiento las siguientes: 1- trastorno mental; 2- psicosis; 3- evaluación de la realidad; 4- trastorno formal del pensamiento; 5- pensamiento ilógico, 6- dereísmo.... Es obvio que si las alteraciones del pensamiento son un

síntoma de algunos trastornos mentales y de las psicosis, no se puede incluir a estos últimos como una de las clases en que se dividen las alteraciones del pensamiento. Es como si al enumerar los países de Europa incluyéramos Africa, Asia y la misma Europa junto con Francia y Alemania.

5.3. Abundacia de terminos

Guillermo de Occam, un sacerdote y filósofo del siglo XIV aportó al conocimiento una valiosa herramienta conocida como la navaja de Occam. De acuerdo con su recomendación, las teorías y las explicaciones no se deben poblar con entidades más allá de las estrictamente necesarias. No sería aconsejable, por ejemplo, dividir la tristeza en quince o veinte clases porque no agregaría nada productivo al conocimiento de ese estado emocional. En esta línea, en la semiología psiquiátrica hay varios casos. Hablar de alteraciones en el origen del pensamiento es una de ellas, pues se postula una categoría sin más fundamento que el de la tradición acrítica.

De otra parte, hay términos interesantes que no aportan mucho a la semiología ni prestan mayores favores en la comunicación, sólo sirven a los interesados en nombres complejos o raros. Sucede con la palabra noesis, utilizada para referirse a quien ha experimentado una revelación en la que ocurre una inmensa iluminación asociada con la sensación de que uno ha sido elegido para liderar y dirigir a otros. Términos como ailurofobia (miedo a los gatos) son más útiles para hacer tareas en el colegio que para otra cosa. Desde luego hay fobias más frecuentes y por tanto más importantes como la acrofobia (miedo a las alturas), agorafobia (miedo a los espacios abiertos), eritrofobia (miedo a ruborizarse), claustrofobia (miedo a lugares cerrados) y xenofobia (miedo a los extranjeros), la última propiedad ya del lenguaje cotidiano.

Un problema no menor que encuentra quien desea estudiar semiología es la existencia de palabras utilizadas para referirse al mismo fenómeno, pero que son presentadas como si describieran fenómenos diferentes. Descarrilamiento es sinónimo de asociación laxa de ideas, incoherencia de disgregación, concretismo de pobreza de pensamiento, etc., pero no siempre se reconoce.

6. ASPECTOS PARA TENER EN CUENTA EN LA SEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

6.1. Los fenomenos psicológicos se presentan en un espectro

Si alguien evoca los momentos tristes de su vida encuentra que puede jerarquizarlos. Recuerda haber experimentado gran tristeza tras la muerte de un familiar, una tristeza

menos intensa cuando perdió dinero en un negocio y hasta tristezas ocasionales por disputas irrelevantes con personas amigas. Vuelven a su memoria momentos y situaciones en que ni siquiera logró identificar con claridad si estaba triste o quizá aburrido o iracundo. La tristeza es un buen ejemplo, pero igual sucede con cualquier otro fenómeno mental. Su intensidad varía dentro de un espectro, no son una cosa de todo o nada.

No es posible asignar un nombre preciso a cada componente de un espectro, se convertiría en una tarea infinita. En lugar de ello, se acostumbra tomar los extremos y algunos puntos intermedios para nominarlos. Por ejemplo, al estudiar la asociación de las ideas en el pensamiento, al extremo de la desorganización se le denomina incoherencia. A la parte intermedia, a la presencia de cierta desorganización: asociación laxa de ideas. Es más, como no hay nombres para especificar una mayor o menor intensidad en la laxitud, se termina empleando los términos leve, moderada y severa para este propósito.

La falta de precisión no se soluciona creando palabras para nombrar cada diferencia en la intensidad. Aunque para fines de investigación es conveniente utilizar herramientas -como las escalas- que intentan acercarse a cuantificar los fenómenos mentales, para el clínico será suficiente conocer con claridad los conceptos y tener presente que los fenómenos mentales se presentan en un espectro. No se trata de simplificar excesivamente la semiología sino de hacerla práctica.

6.2. Experiencias globales versus funciones psíquicas aisladas

Si tomamos el modelo de mente y de cerebro de las ciencias cognoscitivas nos topamos con un conjunto de módulos o sistemas multicomponentes encargados cada uno de funciones específicas, si bien en constante y compleja interacción. Si nos referimos a los fenómenos mentales diferenciamos el afecto, la sensopercepción, el pensamiento, la inteligencia, etc.; establecemos sus variaciones cualitativas y cuantitativas y hasta identificamos su patología. Sin embargo, en el psiquismo individual las experiencias conscientes no se vivencian de forma parcelada. Si al recordar un accidente de tránsito ocurrido hace poco nos sentimos ansiosos e imaginamos las posibilidades que tuvimos de evitarlo, el psiquismo no nos brinda un informe pormenorizado en el que consigna que la memoria, el pensamiento y el afecto tienen un determinado funcionamiento en ese momento. No nos dice cuáles de sus dispositivos están activos o inactivos, simplemente nos presenta una experiencia que sentimos integrada psíquica y somáticamente, una experiencia global que sólo mediante un esfuerzo intelectual podemos analizar en sus componentes.

Aparentemente existe una contradicción entre la manera de funcionar de la mente y la forma en que experimentamos subjetivamente dicho funcionamiento. Pero no es así. El resultado del trabajo mancomunado de los módulos se traduce en experiencias

globales integradas y con sentido. Dicho de otra manera, una de las tareas más grandes y elaboradas del psiquismo es dotar a nuestra experiencia consciente del mundo de su significado y coherencia típicos. Ya sea que vivamos en un entorno repleto de espíritus y fuerzas metafísicas en conflicto; nos cause risa el afán de la gente por enriquecerse; no encontremos razones suficientes que justifiquen la existencia personal o de la especie; o consideremos que la vida está repleta tan sólo de sufrimientos; todas esas maneras de ver el mundo (cosmovisiones) están llenas de coherencia y significado para su dueño.

Es indispensable tener presente lo anterior cuando intentamos comprender las manifestaciones de algunos pacientes. Si uno de ellos dice que siente un demonio dentro de su cuerpo, no se trata sólo de una idea aislada y extraña cuyo origen no entendemos; es una experiencia global, tan real para él, como una de la vida cotidiana para nosotros. El paciente no inventa una historia, hace lo mismo que cualquiera en esas circunstancias: intenta entender su experiencia y encontrarle un sentido. Finalmente lo halla y concluye, para el ejemplo en cuestión, que todo obedece a la presencia de un demonio en su interior.

Como se explicaba previamente, es el yo quien asiste como espectador al teatro cartesiano (o la-película-en-el-cerebro) y observa el espectáculo de los fenómenos mentales privados. Es el único que los vive. Si en el teatro o la película de alguien se presentan espectáculos e historias extrañas o poco entendibles, no por ello podemos desconocerlas o negar su existencia. Es preferible intentar entenderlas, conocer qué sucede tras bastidores y hasta acercarse a ese espectador para comprender sus reacciones. Esta es quizá la mejor manera para ponernos en el lugar del otro y entender un poco su psiquismo.

6.3. Palabras para describir sentimientos

Si alguien repasa mentalmente las capitales de Europa, fielmente puede reproducir con palabras lo que ocurre en su interior. Podría suceder así: *"capital de Francia: Paris, capital de Inglaterra: Londres, capital de Bélgica: Amsterdam... No, no es Amsterdam. Haber si recuerdo. Comienza con B de Bélgica... Bueno, sigamos. Capital de España: Madrid. Lisboa es capital de un país que queda encerrado por España pero tampoco tengo presente el nombre. Capital de Italia: Roma..."* Con aciertos, dudas y omisiones continuaría la tarea. En el ejemplo, el repaso propuesto es una actividad del pensamiento y la memoria, y no es muy difícil reproducir verbalmente lo que en ese momento está sucediendo en la mente. Pero si a alguien que está triste le pedimos que trate de relatarnos lo que está experimentando mentalmente, el resultado será distinto. Puede decir "me siento triste, abatido, al borde del abismo. Nada me gusta y sólo quiero estar encerrado". Aunque con palabras intenta describir su experiencia, siempre queda una distancia entre ellas y el fenómeno psíquico sentido como tristeza.

Quienes mejor han logrado expresar verbalmente las experiencias subjetivas de los humanos han sido los escritores. Se dice que uno de los mejores reflejos del alma de los hombres se encuentra en las obras de Shakespeare. Balzac, en su *Comedia humana*, repasa hasta lo más profundo las grandezas y miserias de la especie. Definitivamente, es difícil poner en palabras muchas de las experiencias subjetivas. A veces, se vuelve una empresa tan difícil como hablar de los colores que poseen los sonidos. Es conveniente tener presente esta circunstancia cuando se estudia semiología psiquiátrica, pero sin que se convierta en un obstáculo. Aunque carecemos del genio de Balzac, con interés, dedicación y creatividad podemos captar esas experiencias y describirlas.

7. EXPLOSIÓN DE CONOCIMIENTO

Se ha aprendido más acerca del cerebro y la mente en la década de los noventa, la denominada década del cerebro, que durante toda la historia previa de la psiquiatría, la psicología y la neurología. El aumento notorio, exponencial, de nuevos conocimientos desafía algunos de los más perdurables y afianzados esquemas explicativos atinentes a los fenómenos mentales.

El localizacionismo fuerte de otros tiempos ha dado paso a nuevos modelos que no pretenden simplificar los fenómenos sino estudiarlos en su complejidad. En la corteza sensorial y motriz de primates no humanos se ha visto que si bien las funciones están localizadas, la localización exacta varía de un individuo a otro. Aún más, las áreas encargadas de partes específicas del cuerpo están en un continuo proceso de reorganización dinámica en respuesta a la estimulación y el aprendizaje.

También se está comenzando a entender que las interacciones entre regiones distantes del cerebro pueden dar origen a estados biológicos (psicológicos) complejos que son mucho más que la suma de las partes. Se ha encontrado que el cerebro (la mente) posee niveles estructurales múltiples donde los más elevados tienen entre sus tareas la observación de los inferiores y el procesamiento de su información. Parecen existir reglas intrínsecas para jerarquizar y manejar la información dando lugar a los pensamientos.

El trabajo en ciencias cognoscitivas ha mostrado que la mente y el cerebro no son estructuras monolíticas. Al contrario, están constituidos por unidades discretas, módulos o sistemas multicomponentes encargados cada uno de funciones específicas. Los módulos no trabajan aislados, están en constante y compleja interacción. En cualquier fenómeno mental hay muchos de ellos trabajando de forma mancomunada. El cerebro (la mente) no es un dispositivo general de resolución de problemas constituido por partes indiferenciadas que ejecutan cualquier función, sino un conjunto de dispositivos

con funciones específicas cuyos productos nos proveen finalmente la sensación de integridad personal que vivimos día a día.

Toda esta explosión de conocimientos ha transformado, y continuará haciéndolo, el panorama del estudio del psiquismo. La semiología psiquiátrica no es la excepción. Por ejemplo, los hallazgos empíricos acerca de los procesos de memoria han mostrado su gran complejidad, haciendo imposible en adelante seguir dividiendo las amnesias única y exclusivamente en retrógradas y anterógradas. No se puede continuar utilizando conceptos y categorías que los conocimientos actuales han mostrado de lejos su escaso poder descriptivo y explicativo. Es necesario abrirse y renunciar a la costumbre de ignorar las nuevas evidencias, pues aferrarse de forma acrítica a lo tradicional no contribuye al propósito científico de conocer cada vez más y mejor.

Aun cuando hay muchas personas dispuestas a creer que una alteración en cualquiera de las áreas de la esfera mental trae como consecuencia una persona extraña, marginal y alienada, no ocurre así. Como anota Caramazza (1997), quizá es más nuestra habitual inclinación y los prejuicios quienes nos hacen desvalorizar la totalidad de la esfera mental de un paciente, cuando tan sólo hay algunos aspectos comprometidos. Las enfermedades psiquiátricas brindan una oportunidad valiosa para ver el funcionamiento de los distintos componentes de un sistema que no se aprecian diferenciados cuando funcionan normalmente, momento en que son invisibles. La enfermedad revela la estructura interna del sistema

Evaluación

Existen muchos esquemas para realizar evaluaciones en psiquiatría. Dependiendo del marco teórico de base (llámese psicoanálisis, conductismo, cognoscitivismo, teoría de sistemas) se enfatiza en el conocimiento de ciertos aspectos de la vida y se utiliza diferentes técnicas. En este libro, lo referente a la evaluación está basado principalmente en la guía y recomendaciones que la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) ha elaborado para tal fin.

Se practica evaluaciones psiquiátricas con diversos propósitos. Los sistemas legales se valen de ellas para establecer la responsabilidad penal de un acusado, la idoneidad de alguien para adoptar un niño o la capacidad para administrar bienes. En medicina laboral, para determinar el grado y tipo de compromiso psíquico ocasionado por una enfermedad. En la práctica clínica para establecer un diagnóstico y definir el tratamiento. El proceso de evaluación posee rasgos particulares en cada caso, pues lo importante e interesante varía de acuerdo con el propósito que se persigue. Además, el lugar de evaluación, el tipo de paciente y el problema que se va a abordar pueden hacer necesario modificar el esquema comúnmente utilizado.

1. TIPOS Y OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

1.1. Evaluación general

El mejor ejemplo de evaluación general es la que se realiza en consulta externa. La fuente principal de información es la proporcionada por la persona evaluada; no obstante, en algunas ocasiones será preciso contar además con los datos aportados por familiares o gentes allegadas, historias clínicas e informes de pruebas psicológicas. Una evaluación general toma un poco más de una hora dependiendo de la complejidad del problema y del grado de cooperación del evaluado. Tiene como objetivos:

- Establecer un diagnóstico.
- Recolectar información con el fin de tener una visión panorámica del caso
- Diseñar un plan inicial de tratamiento si la intervención inmediata es necesaria o determinar la continuidad de un tratamiento ya iniciado.

1.2. Evaluación de urgencias

Las personas acuden o son llevadas a los servicios de urgencias debido a la presencia de fenómenos mentales incómodos o intolerables, comportamientos auto o heteroagresivos, amenazas de ocasionar daño a otros o a sí mismo, comportamiento desorganizado, ansiedad y temor intensos. Los objetivos de la evaluación de urgencias son:

- Establecer un diagnóstico del trastorno mental que ocasiona los síntomas e identificar manifestaciones que requieran una evaluación adicional por parte de otros especialistas.
- Identificar los factores de tipo social, familiar y económico que sean relevantes para la toma de decisiones en el tratamiento inmediato
- Determinar la capacidad del paciente para colaborar en el tratamiento, las precauciones que se debe tomar en caso de riesgo de auto o heteroagresión y la necesidad de una hospitalización involuntaria
- Determinar el tipo y lugar de tratamiento convenientes.

El tiempo necesario para una evaluación en urgencias es bastante variable. Puede requerirse hasta horas para culminarla. Los pacientes que acuden al servicio de urgencias, además de la enfermedad psiquiátrica, tienen una alta prevalencia de traumas recientes, problemas de abuso y dependencia de sustancias y limitaciones cognoscitivas. Estas condiciones también deben ser evaluadas y manejadas.

1.3. Evaluación cuando se resonde interconsultas

Las interconsultas son evaluaciones solicitadas por otros médicos, profesionales de áreas de la salud diferentes a la medicina, personas encargadas del cuidado de los pacientes, familiares y hasta el mismo paciente. Pueden ser amplias en sus alcances o limitadas a dar respuesta a preguntas específicas como la medicación más adecuada para el manejo de alguien que tiene una enfermedad psiquiátrica conocida. Especial atención merece la información proporcionada por la o las personas solicitantes de la evaluación. Si se pide una interconsulta para un paciente que está siendo atendido por una enfermedad distinta a la psiquiátrica, debe darse importancia a la enfermedad en cuestión, el tratamiento y el pronóstico. Al paciente se le informa que el objetivo de la evaluación es asesorar a los solicitantes en las preguntas que tienen. Los propósitos de este tipo de evaluación son:

- Establecer un diagnóstico psiquiátrico si es relevante en la pregunta formulada.
- Formular recomendaciones de tratamiento.

- Hacer sugerencias acerca del manejo del paciente. Se debe tener siempre presente el respeto de la relación del paciente con la persona que pidió la interconsulta y si aquélla se encuentra en situaciones problemáticas, conviene ayudar a resolverlas.

1.4. Otras evaluaciones

Hay evaluaciones cuya finalidad es resolver asuntos legales, administrativos o laborales. La mayoría de las recomendaciones generales acerca del proceso de evaluación son también útiles en estas situaciones. No obstante, es necesario tener en cuenta que no siempre los evaluados padecen problemas mentales. Además, los límites de la confidencialidad son distintos, pues otras personas posiblemente conocerán y utilizarán los resultados de la evaluación. En estos asuntos es conveniente basarse en los documentos existentes; de esta manera se evitará dificultades posteriores. Los objetivos de este tipo de evaluación son:

- Responder las preguntas formuladas por quien solicita la evaluación lo más claramente posible y con el mayor sustento encontrado
- Formular un diagnóstico psiquiátrico si el relevante para lo solicitado.

2. ACTITUD DEL ENTREVISTADOR

El entrevistador no puede asumir una actitud despreocupada y distante. Debe mostrar un genuino respeto e interés por lo que el entrevistado comunica. Al fin y al cabo, si éste se siente confiado, podrá hablar más sinceramente y expresar pensamientos y afectos que de otra manera se reservaría. Quizá lo más difícil de la evaluación sea comprender la diversidad de experiencias psicológicas que las personas viven o han vivido y traen a la consulta. Por ejemplo, un hombre de 50 años se entristeció intensamente poco después de vender un negocio que ya no era rentable, por lo que ninguno de sus familiares o amigos lograba entender tal reacción. En la entrevista salió a flote el temor del paciente ante la posibilidad de cambios en su vida laboral. Aunque aceptaba que podía irse a la quiebra, contemplaba remota esa posibilidad y no estaba dispuesto a sufrir la incertidumbre de emprender un nuevo trabajo. Por presión de los familiares, aceptó vender el negocio, lo que le trajo gran ansiedad. Pensó que su vida había perdido el rumbo y presentó la sintomatología depresiva. En este caso, el entrevistador hubiera comprendido muy poco de quedarse en la superficialidad de los hechos. Sólo después de escuchar acerca de los temores y expectativas del entrevistado, pudo entender y reconocer su fuerza e importancia en la aparición de la tristeza.

Pese a su carácter inmediato, eminentemente subjetivo, para el entrevistado no siempre es fácil describir las experiencias psicológicas propias. El entrevistador tiene como tarea usar todos sus conocimientos y habilidades técnicas para clarificar el carácter de las mismas y organizarlas de forma tal que compongan una historia entendible. Para tal fin, puede recurrir a una mezcla de preguntas abiertas y cerradas, las primeras con el propósito de dar libertad al entrevistado para que exprese en sus palabras lo que experimenta. Las segundas para ganar precisión en las respuestas o detenerse en aspectos específicos de importancia.

Cuando el pensamiento está desorganizado hasta llegar a la incoherencia o la persona se muestra tan desconfiada que evita responder cualquier pregunta, no será posible formarse una historia aceptable de los sucesos de su vida. El proceso de entender las experiencias psicológicas del paciente resultará difícil, mas no imposible, pues a partir de la conducta no verbal se consigue inferir infinidad de aspectos del mundo psicológico.

3. RELATOS EN PRIMERA Y TERCERA PERSONA

En literatura, una historia se puede narrar desde diferentes perspectivas. En el relato en primera persona, el narrador es el protagonista. Da a conocer sus pensamientos, sentimientos y fantasías; brinda su versión sobre los hechos que presencia y opina acerca de las intenciones y estados psicológicos de los demás. En una evaluación del psiquismo, el recuento biográfico en primera persona es la fuente de información más importante, pues permite conocer la forma en que alguien percibe sus estados psicológicos, da sentido a sus vivencias y procura entender el mundo. Este tipo de relato es muy importante, tanto así que al escribir el informe respectivo en la historia clínica es recomendable agregar pasajes en los que se transcriba con palabras textuales lo que la persona dice.

En pacientes que presentan síntomas psicóticos activos en el momento de la entrevista, el relato puede estar impregnado de contradicciones, imprecisiones y situaciones extrañas. En estos casos, se hace necesario un esfuerzo adicional por parte del entrevistador para organizar y darle coherencia a lo escuchado.

En literatura, en el relato en tercera persona hay un observador externo que describe las acciones, pensamientos y palabras de los demás e interpreta sus experiencias psicológicas. En una evaluación, se acude preferentemente a terceros que relaten lo sucedido al paciente cuando éste no puede brindar información debido a que presenta compromiso en su estado de conciencia, mutismo, inquietud, hostilidad marcada o desorganización del pensamiento. En tales casos, la información brindada por el evaluado suele ser insuficiente o poco precisa y no permite formarse una idea apropiada de lo acontecido.

De todas formas, la información nunca sobra y en muchas ocasiones será necesario acudir a todas las fuentes posibles: paciente, familiares, amigos, observadores casuales, historias clínicas, documentos legales, etc.

4. TÓPICOS DE LA EVALUACIÓN GENERAL

Las evaluaciones tienen diferentes alcances según sea su propósito. Si bien la evaluación general cubre un grupo bastante grande de tópicos, la profundización en el conocimiento de cada uno de ellos varía según el interés que se tenga en alguno en particular y el objetivo que se persiga.

4.1. Identificación

Los datos de identificación proporcionan un resumen demográfico del paciente. Incluyen:

- Nombre completo
- Documento de identificación y número de historia clínica
- Fecha y lugar de nacimiento
- Edad
- Lugar de procedencia y residencia
- Estado civil
- Ocupación
- Sexo
- Raza
- Religión
- Lugar y fecha de las evaluaciones.
- Fuente de información

Estos datos proporcionan un conjunto de características que pueden relacionarse con el diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

4.2. Motivo de consulta (razones para la evaluación)

El motivo de consulta está fuertemente relacionado con el propósito de la evaluación.

Incluye (aunque no se limita a) la queja principal del paciente, la que debe ser evaluada con suficiente detalle para comprender lo que la persona identifica como problemático y la lleva a buscar ayuda o atención. Al describir el motivo de consulta en la historia clínica o el documento respectivo, es preferible anotar textualmente las palabras de quien asiste a la evaluación, independientemente de lo extrañas o irrelevantes que puedan parecer. Si alguien no brinda información, se registra la versión del familiar o del acompañante. Si se considera conveniente se agrega una nota con la descripción resumida que hace el evaluador.

Ejemplos. En la historia clínica de una mujer con síntomas depresivos, el motivo de consulta fue escrito así:

Según la paciente: "me siento en lo profundo de un foso y no encuentro salida". En opinión de la hermana, quien la acompaña, desde hace un mes está triste y aprecia con tinte pesimista todo cuanto ocurre a su alrededor. .

En la evaluación de una persona que luce perpleja y no habla, aparecerá:

La paciente permanece mutista y no responde verbalmente las preguntas que se le formula.

4.3. Enfermedad actual

La historia de la enfermedad actual debe ser exhaustiva, organizarse de preferencia en orden cronológico y ser redactada de la manera más clara posible, pues buena parte del diagnóstico se basa en esta información. Los términos utilizados deben ser precisos y en la medida de lo posible técnicos. Sin embargo, en algunos apartes, para enriquecer la comprensión de lo que sucede, son convenientes y bienvenidas las palabras textuales del paciente. Comprende:

4.3.1. Descripción de signos y síntomas

Los signos y síntomas deben ser descritos de manera pormenorizada y suficientemente clara. Para tal efecto se utiliza las especificaciones semiológicas de cada uno de ellos acompañadas de las respectivas intensidad y duración. Ejemplo: insomnio de conciliación (especificación) de dos a tres horas de duración.

4.3.2. Inicio de la sintomatología

La sintomatología puede aparecer súbitamente en cuestión de minutos, instaurarse en el transcurso de horas a días o demorar meses y años hasta hacerse evidente. Ejemplos. 1- Inmediatamente después de una experiencia traumática que puso en riesgo su vida, H.D. comenzó a presentar ansiedad intensa y persistente. 2- En los dos últimos años, de forma lenta y paulatina, K.D. se ha aislado socialmente.

4.3.3.Circunstancias y factores que exacerban o atenúan los síntomas

La sintomatología puede aumentar o disminuir en intensidad de acuerdo con la presencia o ausencia de ciertos factores y circunstancias. En personas con abuso y dependencia de sustancias, algunos ambientes y tipos de música incrementan el deseo de consumo. En quienes padecen depresión, si no es muy intensa, las buenas noticias o la visita de amigos y familiares, despiertan un poco de alegría y atenúan la tristeza. Y.F. tenía miedo de volar en avión, temor que aumentaba a medida que se acercaba la fecha del viaje.

4.3.4. Circunstancias y factores que precipitaron o desencadenaron la sintomatología
Los estados psicológicos no tienen una relación causal lineal, su aparición no es producto de la acción de un factor único. Están determinados por un conjunto de factores en compleja interacción. No obstante, en ocasiones es posible identificar algo fuertemente relacionado con el comienzo de la sintomatología. La muerte de una persona cercana puede facilitar la aparición de un episodio depresivo, el consumo de LSD suele desencadenar alucinaciones visuales, la ansiedad puede haberse iniciado después de experimentar dolor precordial. Si no hay un factor desencadenante identificable, es igualmente importante registrar su ausencia.

4.3.5. Evolución de la sintomatología

La sintomatología puede permanecer invariable a lo largo del tiempo o modificarse de maneras diversas. En trastornos como el delirium es frecuente encontrar variaciones caracterizadas por periodos bien definidos de lucidez y otros de confusión y desorientación. En el duelo tras la muerte de un ser querido, pasados unos cuantos días, la tristeza y el desinterés por el entorno disminuyen paulatinamente hasta desaparecer.

4.3.6. Limitaciones producidas por la sintomatología

Se evalúa en qué medida el trabajo, el desempeño académico, las relaciones familiares, la interacción social, las relaciones sentimentales, el cuidado de sí mismo se han visto afectados por la sintomatología. En algunas personas con depresión leve hay muy poco compromiso en las áreas anotadas; en cambio, si es severa, hasta bañarse y vestirse pueden convertirse en un gran problema.

4.3.7. Tratamientos

El tipo de tratamiento así como los resultados obtenidos son importantes; también las pruebas psicológicas o de laboratorio que se hayan practicado. Si alguien se queja de insomnio e indica que las medidas de higiene de sueño y el uso de Benzodiazepinas durante dos meses no ha traído beneficios, dicha información será crucial para explorar posibi lidades diagnósticas y formular el tratamiento

4.3.8. Manera en que se ha afrontado la sintomatología

Es útil evaluar las estrategias utilizadas para hacer frente a los síntomas. Una persona

con problemas de memoria puede acudir a anotaciones en libretas; alguien triste quizá se refugie en un grupo de oración; los ataques de pánico pueden llevar al paciente a evitar lugares concurridos. Hay personas que no se percatan de los cambios psíquicos, por ostensibles que sean, e incluso quienes los buscan y los refuerzan activamente como algunos consumidores de alucinógenos.

3.4. Antecedentes personales

3.4.1. Antecedentes psiquiátricos (historia psiquiátrica previa)

Los antecedentes psiquiátricos incluyen el recuento cronológico de la totalidad de los episodios previos de trastorno mental. Se especifica la sintomatología junto con la duración, la presencia de factores desencadenantes, los tratamientos recibidos y las repercusiones en el desempeño laboral, académico, social y familiar. Merece especial importancia el primer episodio, ya que puede brindar claves importantes acerca del diagnóstico y evolución del trastorno. Puede ser conveniente no sólo describir los síntomas de cada episodio sino aquellos que se presentan durante los periodos intercríticos.

En cuanto a los tratamientos se recomienda registrar la modalidad (psicoterapia, farmacoterapia, etc), tiempo de intervención y resultados obtenidos. Si se trata de medicamentos conviene anotar dosis, duración, eficacia, efectos secundarios y adherencia a la prescripción.

En ocasiones, los síntomas psíquicos pueden pasar desapercibidos para quien los padece, por lo que no hablará de ellos espontáneamente. Será necesario entonces preguntar acerca de intentos de suicidio, conductas autodestructivas, temporadas con problemas en el funcionamiento social, laboral o académico, así como uso de medicamentos psicoactivos, sean estos prescritos o utilizados por iniciativa propia. Todas estas situaciones están fuertemente relacionadas con la presencia de trastornos mentales y pueden ser un indicio importante de su presencia en algún momento vital.

3.4.2. Antecedentes médicos generales

En esta sección están incluidos los clásicos antecedentes de cualquier historia clínica: patológicos, quirúrgicos, traumáticos, gineco-obstétricos y alérgicos.

Se registra la información disponible acerca de las enfermedades sufridas así como los tratamientos recibidos y la evolución de los síntomas. De especial importancia es conocer si existe relación entre determinadas molestias somáticas y la aparición o intensificación de síntomas psíquicos.

Algunos problemas neurológicos relacionados con pérdida de conciencia, episodios de

confusión y desorientación, epilepsia y migraña cobran gran valor, ya que pueden confundirse con trastornos psiquiátricos.

Debe explorarse el uso de medicamentos, pues muchos de ellos producen efectos secundarios en el psiquismo y se asocian con trastornos psiquiátricos específicos. Por ejemplo, los episodios de manía y los corticoides.

3.4.3. Antecedentes acerca de uso de sustancias

Se evalúa el uso actual o pasado de sustancias como alcohol, nicotina, marihuana, cocaína, opiáceos, agentes hipnótico-sedantes, agentes estimulantes, solventes y alucinógenos. La información relevante incluye la cantidad y frecuencia de uso, vía de administración, patrón de uso (episódico o continuo; social o solitario), problemas legales, laborales, económicos o interpersonales como consecuencia del uso; manifestaciones de tolerancia y abstinencia; asociación temporal con trastornos psiquiátricos y cualquier beneficio percibido por el usuario.

3.5. Antecedentes familiares

Los antecedentes familiares de interés son aquellos relacionados con enfermedades que se conoce o sospecha tienen factores hereditarios entre los causales. Por ejemplo, diabetes, hipertensión arterial, algunos tipos de cáncer, etc.

En cuanto a los trastornos psiquiátricos, conviene detallarlos un poco más e incluir no sólo los diagnósticos sino de ser posible las manifestaciones clínicas, su evolución, los tratamientos administrados y la respuesta a los mismos.

Hay mayor probabilidad de presentar esquizofrenia, trastornos afectivos, dependencia al alcohol y otros trastornos en la medida en que parientes más cercanos los hayan padecido. De otra parte, se ha encontrado un patrón familiar de respuesta favorable o desfavorable a medicamentos como los antidepresivos.

3.6. Historia personal

La historia personal es un recuento panorámico del pasado de una persona a través de cada una de las etapas de su vida. Ayuda no sólo a comprender su historia, también da elementos para enlazar el pasado con el presente, especialmente en lo relacionado con la sintomatología actual.

Se puede dividir en etapas de acuerdo con periodos del desarrollo: etapa prenatal, infancia temprana, infancia tardía, pubertad y adolescencia, edad adulta, senectud. En cada una de esas etapas hay vivencias relevantes y características, pero también pueden aparecer si-

tuaciones extraordinarias, destacadas positiva o negativamente, las que muchas veces trazan caminos insospechados en la vida. Ser víctima de abuso sexual, ser expulsado de la tierra natal, conseguir una beca en una universidad prestigiosa, ganar premios en deportes, educación o trabajo son algunos ejemplos de ese tipo de situaciones.

A continuación se presenta de manera esquemática los aspectos más importantes que enmarcan cada una de esas etapas de la vida, los que deben explorarse en el proceso de evaluación. Cada uno de los tópicos ameritaría una discusión aparte, pero por razones de espacio nos limitamos sólo a enumerar los más importantes.

3.6.1. Historia prenatal y perinatal

- Embarazo planeado y deseado o lo contrario.
- Problemas durante el embarazo (tanto emocionales como físicos).
- Aspectos relacionados con el parto: lugar, tipo de atención, complicaciones y tratamientos.
- Estado de salud al nacer y en el primer mes de vida.

3.6.2. Primera infancia (desde el nacimiento hasta los tres años)

- Hábitos alimenticios: lactancia materna o un tipo de alimentación diferente a ésta. Cambios en el patrón alimenticio a lo largo de este tiempo.
- Desarrollo psicomotor: edad a la que sostuvo la cabeza, gateó, comenzó a caminar, dijo las primeras palabras.
- Interacciones sociales, especialmente con los padres.
- Circunstancias relacionadas con los hábitos higiénicos. Enseñanza de estos últimos.
- Cuidados prodigados y personas que se encargaban de ello.
- Características del sueño.
- Ansiedad ante extraños o de separación.
- Tendencias en el juego: juego solitario o con otros niños. Preferencia por roles pasivos o activos.
- Primeros recuerdos o recuerdos reiterativos.
- Síntomas de problemas de comportamiento: chupeteo del dedo, explosiones emocionales, tics, conductas auto o heteroagresivas, terrores nocturnos, miedos pronunciados, enuresis o encopresis.

3.6.3. Infancia tardía (de los 3 a los 11 años)

- Identidad de género. Pertenencia al género masculino o femenino. Primeras experiencias escolares y reacción a ellas. Manejó de la separación de los padres al comenzar la escolaridad.

- Relaciones sociales. Características de los amigos y de las relaciones con éstos. Participación en actividades grupales.
- Disciplina. Tipo de castigos y persona encargada de ellos.
- Respeto por las normas escolares y de convivencia.
- Rasgos de comportamiento predominantes: impulsividad, pasividad, agresividad, aislamiento, ansiedad ante el contacto social.
- Facilidad para aprender y dificultades académicas.
- Síntomas de problemas de comportamiento: pesadillas frecuentes, fobias, enuresis, agresividad, piromanía, crueldad con los animales.

3.6.4. Pubertad y adolescencia

En esta etapa empieza la búsqueda de independencia de los padres, se confiere gran importancia a las relaciones con los coetáneos, empieza a ser importante la obtención de una identidad y se afianza y consolida una forma de ver el mundo. Se evalúa:

- Desempeño escolar incluyendo relaciones con los profesores y compañeros, actividades extraacadémicas, adaptación al ambiente escolar y problemas específicos.
- Participación en deportes y otras aficiones.
- Uso de sustancias como el alcohol.
- Intereses sexuales, actitudes hacia el sexo, temores, problemas físicos y emocionales relacionados. Primeras experiencias sexuales y reacción hacia las mismas.
- Relaciones de amistad y participación en actividades grupales. Reacciones emocionales en situaciones sociales.
- Rasgos de personalidad: tendencia al aislamiento, irritabilidad, impulsividad, liderazgo.
- Imagen corporal. Aceptación o rechazo de sí mismo.
- Desarrollo físico, aparición de caracteres sexuales secundarios y respuesta ante esta situación.
- Problemas emocionales y físicos diversos: pesadillas, fobias, enuresis, fugas de casa, delincuencia, tabaquismo, consumo de alcohol u otras sustancias, anorexia, bulimia, problemas de peso, ideas de minusvalía, ideas y gestos autoagresivos.

3.6.5. Edad adulta

3.6.5.1. Aspectos laborales.

- Número y duración de los empleos.
- Elección de la ocupación.
- Conflictos en el campo de trabajo.

- Desempeño laboral.
- Cambios de trabajo y motivo para los mismos.
- Epocas de desempleo y razones para ello.
- Ambiciones laborales y metas a largo plazo.
- Sentimientos hacia el trabajo (satisfacción, malestar, aburrimiento).
- Relaciones dentro del trabajo (con los jefes, compañeros y, si es aplicable, con los subordinados).

3.6.5.2. Relaciones sentimentales.

- Descripción de las relaciones significativas a lo largo de la vida: características, duración y evolución de las mismas.
- Matrimonios y su evolución. Roles dentro del matrimonio, manejo del dinero, problemas domésticos, actitud ante la crianza de los hijos.
- Ausencia de relaciones sentimentales y motivo para ello.
- Dificultad para iniciar relaciones o mantenerlas.
- Actitud ante los fracasos sentimentales.
- Desempeño sexual y problemas surgidos.
- Actitudes frente a la anticoncepción y la planificación familiar.

3.6.5.3. Aspectos educativos

- Descripción de las actividades educativas.
- Desempeño académico: motivación, logros, capacidades, creatividad.
- Obstáculos para el desempeño académico.
- Abandono escolar y sus causas.
- Gustos de lectura.
- Actividades paralelas durante la vida académica.

3.6.5.4. Actividad social

- Relaciones con los amigos y personas conocidas, destacando las características de estas relaciones, su duración y profundidad.
- Intereses que se comparte con el grupo social.
- Tendencias sociales predominantes: aislamiento, sociabilidad marcada, evitación de los contactos.

3.6.5.5. Situación vital actual

- Descripción de las condiciones actuales de vida en cuanto a vivienda, fuentes de financiación y posibles dificultades económicas.

- Metas, planes y proyectos vitales.
- Fantasías acerca del futuro.
- Valores con respectos al trabajo, ocio, hijos, padres, amistad, sexo, cuestiones comunitarias y aspectos culturales.

3.7. Historia familiar

En la historia familiar se recoge las características generales y la descripción de la personalidad de quienes convivieron o conviven con el paciente, abarcando desde la infancia hasta el presente. Además, es imprescindible registrar el tipo de relación establecida entre aquellas personas y el evaluado. El conocimiento de las interacciones entre los miembros de la familia, sus sistemas de creencias y los roles por ellos desempeñados amplían notablemente este aparte de la historia clínica.

3.8. Examen físico

Mediante el examen físico se obtiene información importante acerca del estado de salud general actual. Dependiendo de lo que hasta el momento se haya conocido mediante la enfermedad actual y los antecedentes, se pondrá especial atención a la presencia o ausencia de algunos signos. Tiene como objetivos:

- Determinar la presencia de signos asociados a enfermedades que se presentan con sintomatología psiquiátrica
- Determinar la necesidad de evaluaciones y cuidados médicos adicionales por parte de otros especialistas.
- Ayudar en la elección o contraindicación de los tratamientos de acuerdo con los hallazgos.

3.9. Examen mental

El examen mental es la descripción del estado psíquico actual de alguien. Se basa en los datos obtenidos mediante la observación de la conducta no verbal y el análisis del contenido verbal de lo expresado por el evaluado. Tiene como propósito obtener evidencias acerca de la presencia de signos y síntomas de algún trastorno mental. Abarca los siguientes tópicos:

- Descripción general (incluye movimientos y posturas)
- Estado de conciencia
- Orientación
- Atención y concentración
- Afecto

- Pensamiento
- Lenguaje
- Sensopercepción
- Memoria
- Inteligencia y otras funciones cognoscitivas
- Introspección
- Juicio de realidad

3.10. Diagnóstico

Es la conclusión de todo lo registrado. Al formular un diagnóstico se asigna un nombre específico al conjunto de manifestaciones encontradas, lo que conlleva consideraciones de tipo etiológico, terapéutico y de pronóstico.

Para efectos del diagnóstico, en el DSM IV, se recomienda el sistema multiaxial. Cada eje del sistema brinda un tipo diferente de información, ampliando la posibilidad de conocer rápidamente el funcionamiento actual del psiquismo. En total son cinco ejes:

- Eje I: trastornos psiquiátricos específicos.
- Eje II: trastornos de personalidad y retardo mental
- Eje III: patología médica diferente a la psiquiátrica.
- Eje IV: problemas familiares, sociales, económicos, laborales, académicos y ambientales ocurridos durante el último año.
- Eje V: funcionamiento global actual de acuerdo con la escala de evaluación de la actividad global

3.11. Conducta que se va a seguir

Una vez se formula el diagnóstico y de acuerdo con las características clínicas, la cantidad, la intensidad y la urgencia de la sintomatología se decide acerca del tipo de intervención que se va a realizar. Se puede hacer algunas recomendaciones generales, proponer un tratamiento psicológico y/o farmacológico ambulatorio, sugerir manejo intrahospitalario y hasta ordenarlo si fuese necesario.

Es deseable concertar la conducta que se va a seguir, lo que requiere hacer partícipe al paciente en la toma de decisiones. Lastimosamente, no siempre es posible, especialmente cuando la sintomatología pone en riesgo la integridad física del afectado o de quienes lo rodean.

Descripción general

Los aspectos que se tiene en cuenta en la descripción general están constituidos por las expresiones facial y corporal, el estilo utilizado para relacionarse con los demás y las conductas observables de manera inmediata. Es la parte más descriptiva del examen mental. Lo que interesa son los aspectos generales de una persona en el momento de practicarse la evaluación; el conjunto de manifestaciones no verbales más que el contenido verbal que las acompaña.

En algunas ocasiones, como cuando alguien se niega a hablar, lo evaluado en la descripción general se va a constituir en la fuente de información más valiosa para saber del estado mental. Los hallazgos de esta sección son un elemento más en el proceso de conocer el mundo psicológico de alguien; de buenas a primeras no tienen connotación psicopatológica, pues esta última sólo se hace evidente dentro del contexto total de la situación en que se presentan.

Los aspectos de la descripción general, incluida la apariencia física, no están condicionados únicamente por factores biológicos; los sucesos de la historia vital y, en buena medida, las expectativas culturales del grupo social dejan allí su huella. Es importante tener en cuenta ciertas diferencias culturales para no confundir y juzgar de manera errada algunas conductas. Por ejemplo, los árabes se miran fijamente a los ojos mientras conversan, en cambio en algunos lugares de Asia oriental es de mala educación hacerlo. A continuación, se detalla y discute los componentes de la descripción general.

1. CON QUIÉN Y CÓMO LLEGA EL PACIENTE

Los pacientes pueden llegar solos, motivados y por su propia iniciativa o hacerlo en compañía de alguien más, a veces hasta obligados. En ocasiones, será la policía o algún servicio de emergencias quienes los traigan, en cuyo caso el paciente podría negarse a entrar, mostrarse poco colaborador, oponer resistencia física y hasta volverse agresivo. Pueden llegar en camilla y ser incapaces de desplazarse por si mismos o moverse con facilidad y soltura.

2. CONDUCTA OBSERVABLE Y EXPRESIÓN CORPORAL

No es casual que una persona camine erguida, lo haga encorvada o se desplace lentamente. La manera de llevar el cuerpo da cuenta del psiquismo y está impregnada de la cultura en

que se ha crecido. Los movimientos son tan personales como las huellas digitales. Cuando alguien llega a un consultorio, por lo general, en seguida toma asiento y conversa sobre lo que experimenta, pero no siempre sucede de esta manera. En el consultorio, la sala de urgencias o la habitación hospitalaria, los pacientes exhiben conductas variadas. Si están ansiosos pueden mover los objetos que encuentran al frente suyo, se sientan y se paran continuamente y hasta caminan en círculos o de una pared a otra. Se acercan exageradamente al entrevistador cuando su manejo de límites es precario o desean intimidarlo; se alejan en demasía cuando están asustados y desconfiados. Se quedan totalmente quietos en una sola posición como en la catatonia. Se mueven lentamente cuando se sienten tristes y caminan con agilidad y confianza si están maniacos. Algunos colaboran durante la entrevista, se muestran amables y dispuestos a conversar, mientras otros hacen saber activa o pasivamente su incomodidad, aburrimiento o malestar.

3. CONTACTO VISUAL

Sartre consideraba que el contacto visual nos hace directamente conscientes de la presencia del otro como ser humano con conciencia e intenciones propias. Cuando interactuamos con otra persona nuestra mirada es viva y se dirige preferentemente hacia la de ella. Si así ocurre, en semiología se dice que alguien establece contacto visual espontáneamente. Los pacientes pueden no hacerlo y en cambio dejar su mirada fija, dirigirla constantemente al vacío, hacia arriba o al piso (cabizbaja), y hasta esquivar activamente la del entrevistador. Esta dificultad se observa más en quienes tienen síntomas psicóticos y en menor intensidad en las personas deprimidas.

La mirada no sólo facilita la conversación, también transmite información, especialmente emocional. Una mirada fija y sostenida es una forma de amenaza; es de extrañeza si está perdida y vacía; pero también se encuentran miradas que muestran alegría, tristeza, inquietud, desconfianza, temor, sorpresa, etc.

4. CONTACTO VERBAL (CAPACIDAD PARA RELACIONARSE VERBALMENTE)

Es habitual dar alguna respuesta a las preguntas que otros nos formulan. De esta manera conversamos y brindamos información acerca de lo que nos ocurre. En semiología se dice que alguien establece contacto verbal espontáneamente, logra mantener la conversación y dar cuenta de lo que experimenta. Sin embargo, hay pacientes con dificultades al respecto: quienes están catatónicos se quedan totalmente callados (mutistas); algunas personas con depresión o con síntomas psicóticos negativos musitan las palabras y responden lacónicamente (respuestas cortas y tajantes como *sí*, *no*, *bueno*, etc.). Los

maniacos no acaban de entrar cuando comienzan a hablar con alto volumen, siendo difícil interrumpirlos para hacer siquiera un comentario. En ocasiones, quienes presentan síntomas psicóticos contestan las preguntas, pero debido a alteraciones en el pensamiento, no son capaces de mantener la conversación o si lo hacen no logran dar cuenta en forma apropiada sobre lo que les sucede.

5. EXPRESIÓN FACIAL

Aunque buena parte de las expresiones faciales no están sujetas a la voluntad, los seres humanos utilizamos el rostro con el fin de transmitir mensajes Podemos fingir expresiones de alegría, tristeza o ira, pero difícilmente conseguimos mantenerlas más allá de unos minutos sin que se vuelvan artificiales. No sólo los estados afectivos se evidencian en el rostro, la personalidad también muestra algunos de sus matices a través de él. Los músculos de la cara son bastante versátiles y se cuentan en cientos las expresiones posibles, en ocasiones fugaces; sin embargo, la mayoría de ellas no se observan socialmente.

Aunque se puede mencionar que en la sorpresa hay fruncimiento de la frente, arqueamiento de las cejas, la boca queda entreabierta y los ojos más abiertos de lo habitual, es difícil describir los cambios faciales que acompañan las emociones. No obstante, los humanos conocemos intuitivamente esas expresiones y, de hecho, a partir de ellas nos formamos una idea del estado emocional, intenciones y deseos de los otros.

Una persona ríe si está alegre y frunce el ceño si experimenta enojo. En ocasiones partes distintas del rostro muestra una emoción diferente cada una; por ejemplo, ojos y cejas enojados sobre una boca sonriente. En todo caso, al igual que la mirada una cara puede trasmitir sorpresa, placer, aburrimiento, rabia, temor, asco, deseo sexual, enojo, desprecio, etc. El rostro triste es parte de la depresión, así como su expresión alegre de la manía. La ansiedad, el temor y la desconfianza se evidencian en la cara de quienes tienen ideas delirantes autoreferenciales y persecutorias; la extrañeza se hace presente y acompaña los síntomas psicóticos; en tanto la perplejidad asoma en aquellos que experimentan alucinaciones visuales o están confusos.

Las expresiones faciales pueden ser exageradas en intensidad o duración en algunos pacientes, mientras en otros se encuentra lo contrario. Un rostro poco o nada expresivo, es habitual en quienes tienen síntomas psicóticos negativos, en el sindrome de Parkinson y como efecto secundario de algunos antipsicóticos. La estructura y expresión faciales de quienes presentan retardo mental también posee en muchas ocasiones rasgos peculiares fácilmente identificables. En el rostro igualmente son visibles las muecas y los tics, definidos como movimientos involuntarios, repetitivos, a veces grotescos, de algunas partes de la musculatura facial, los que se intensifican con la ansiedad o el temor.

6. ASPECTO FÍSICO, ARREGLO Y ASEO PERSONALES

Aunque las costumbres con respecto al arreglo y aseo de las personas pueden variar geográficamente, hay algunos aspectos llamativos dignos de mención. El patrón para evaluar el arreglo y aseo personales es el estilo habitual del sujeto y las costumbres de la cultura a la que pertenece. Si un hombre de 40 años que viste siempre de traje oscuro, se presenta un día de trabajo con camisa colorida, zapatos deportivos y sombrero blanco, este cambio no es psicopatológico por sí mismo, pero sirve para entender lo que experimenta y quizá formular un diagnóstico si el resto de la conducta orienta en ese sentido. El descuido marcado y el desaseo se suelen ver en personas con esquizofrenia de larga evolución; quienes están deprimidos pueden desinteresarse un tanto de su autocuidado, a diferencia de los pacientes con manía, caracterizados por un arreglo exagerado, extravagante y llamativo con respecto a su estilo habitual.

En esta sección también se evalúa si la apariencia física está de acuerdo con la edad cronológica, si parece inferior o superior a ésta, aspecto bastante útil cuando se desea entender la historia vital de alguien. La mala nutrición, las enfermedades y las situaciones estresantes crónicas hacen ver a las personas con mayor edad que la cronológica.

7. ACTITUD

Al reunir la expresión facial y corporal, el tipo de contacto verbal y visual, el interés en el entorno y el estilo predominante para relacionarse con el interlocutor, tenemos la actitud propiamente dicha. Aunque cada persona posee una actitud predominante, la misma no es completamente estática y puede cambiar con las circunstancias; es el caso de los pacientes con trastornos psicóticos, quienes presentan una actitud cuando los síntomas son intensos y otra cuando se han atenuado o desaparecido.

Son muchas las ocasiones en que la actitud de una persona corresponde a alguna de las que se describe a continuación y es, a la vez, la esperada y la más apropiada para las circunstancias de ese momento.

7.1. Actitud de interés

Los movimientos corporales son firmes pero suaves, y junto con una expresión facial compuesta indican interés en el interlocutor o en algún suceso de importancia de acuerdo con el contexto (la pantalla de un cine). Es la actitud que asumen dos personas al conversar amablemente. En la práctica clínica se la encuentra en las evaluaciones de la mayoría de quienes acuden a consulta y no presentan síntomas psicóticos ni afectivos de importancia.

7.2. Actitud de perplejidad

La persona permanece con la mirada fija y perdida; parece confundida, como si no se diera cuenta del lugar ni las circunstancias en que se encuentra; es necesario insistirle para que se comunique verbalmente y su interés por el entorno es escaso. Todo ello, sin alteración del estado de conciencia, es decir, estando alerta. Se halla en personas con depresión profunda, trastornos psicóticos y estados posictales o postraumáticos inmediatos. En el delirium también se observa esta actitud, pero no en estado de alerta sino acompañada de compromiso en el estado de conciencia (confusión por lo general).

7.3. Actitud distante

La persona se observa ensimismada y su interés por el medio es escaso. Comunica poco visual y verbalmente, se mueve con lentitud y monotonía y hasta puede dejar su mirada fija o perdida. Se encuentra en personas con depresión, en algunas fases de los trastornos psicóticos y en quienes tienen rasgos esquizoides de personalidad.

7.4. Actitud de inhibición

Es sinónimo de retraimiento. La persona se aprecia temerosa, habla con bajo volumen y en muchas ocasiones sus respuestas son lacónicas. Se muestra demasiado cuidadosa en sus movimientos, gestos y palabras. En el lenguaje común se utiliza los términos timidez e introversión para referirse a la actitud de inhibición cuando ésta es leve a moderada. Si es marcada, puede hacer parte de los mismos cuadros clínicos que la actitud distante.

7.5 Actitud de extrañeza

La expresión facial y la mirada son descompuestas, extrañas como su nombre lo indica. Los movimientos pueden ser torpes, fragmentarios, lentos y sin un propósito entendible. No se contactan visualmente y se comunican verbalmente con dificultad. Es propia de quienes tienen síntomas psicóticos.

7.6. Actitud altiva

Sus gestos indican descalificación y minusvalorización hacia los demás. Se muestra imponente, poco amable, habla enérgicamente y no facilita la comunicación. Sus movimientos son vigorosos y rígidos. Se observa en personas con ideas delirantes megalomaníacas y en quienes presentan rasgos narcisistas de personalidad.

7.7 Actitud de gran confianza

Su expresión facial indica bienestar. Se muestran amables, se comunican visual y verbalmente con facilidad a la vez que exhiben movimientos rápidos y sueltos. Se halla en personas con síntomas maniacos e hipomaniacos.

7.8. Actitud intrusiva

La persona no es capaz de manejar los límites en forma apropiada y se entromete en las conversaciones, actividades recreativas y hasta lugares privados sin ser invitada. Puede tomar los objetos que no le pertenecen, utilizarlos, guardarlos y hasta regalarlos a terceros. Es parte de la sintomatología de los episodios maniacos pero también, aunque con menor intensidad, llega a constituir un rasgo de personalidad poco adaptativo.

7.9. Actitud quejumbrosa

Su expresión facial indica incomodidad y a veces dolor. Hablan con bajo volumen y pausadamente, sus movimientos son lentos y se muestran más interesados en su cuerpo que en el entorno. Se encuentra en la hipocondríasis y en algunas personas con depresión.

7.10. Actitud infantil

Las expresiones de su rostro, la vocalización de las palabras y los movimientos son parecidos a las de un niño, lo que visto en un adulto se hace fácilmente manifiesto y poco apropiado. Se observa en quienes tienen rasgos de personalidad histéricos prominentes.

7.11. Actitud demandante

La persona se observa inquieta, habla con alto volumen y su expresión facial es de exigencia y cierta irritabilidad. Sus movimientos, especialmente de los miembros superiores, son rápidos y enérgicos. Es lo habitual en quien hace un reclamo airado, pero también puede verse en pacientes con ideas sobrevaloradas o delirantes de tipo autorreferencial.

7.12. Actitud hostil

La expresión del rostro y de la mirada es de agresión, los movimientos pueden ser amenazantes, habla en voz alta y no facilita la conversación, pues no le gusta que le interrumpan. Se encuentra especialmente en personas con trastornos psicóticos, en algunos pacientes con manía y en quienes tienen rasgos prominentes de personalidad antisocial y paranoide.

7.13. Actitud pasivo agresiva

La persona se queda quieta, se muestra poco comunicativa, activamente dirige la mirada hacia un lado, no contesta las preguntas o si lo hace es con monosílabos y su expresión facial es de incomodidad o rabia. Se observa en quienes presentan rasgos histéricos y pasivo agresivos de personalidad y en algunos casos de depresión.

7.14. Actitud seductora

La expresión facial y corporal es delicada, la prosodia del lenguaje verbal toma un carácter especial, los movimientos corporales son sinuosos y la conducta observable tiene a la seducción como fin. En quienes tienen rasgos histriónicos de personalidad intensos se manifiesta de forma casi constante, incluso en contextos inapropiados como la sala de urgencias de un hospital.

7.15. Actitud histriónica

Se caracteriza por la teatralidad de las expresiones faciales y corporales. Las emociones se marcan con demasiada intensidad para el contexto en que se presentan. Se halla en quienes funcionan con rasgos histéricos de personalidad.

8. OTROS ASPECTOS

Cualquier manifestación, preferentemente no verbal, hace parte de la descripción general. Desde el sexo, la raza y la contextura de alguien hasta sus conductas más inusitadas como los gritos y sonidos guturales que emite pueden ser consignados en esta parte del examen mental.

9. EJEMPLOS DE PORTE Y ACTITUD

C.A., un hombre de 24 años consulta porque se ha sentido ligeramente triste. En su descripción general no presenta ningún aspecto curioso o llamativo.

Llega al consultorio por sus propios medios, se muestra amable y colaborador. Su conducta está de acuerdo con el contexto de la entrevista. Establece contacto visual y verbal espontáneamente, mantiene la conversación sin dificultad alguna y puede referir lo que siente. Su edad aparente concuerda con la cronológica, su arreglo y aseo personales están de acuerdo con las circunstancias. Su expresión facial es serena y su actitud de interés.

I.V. una mujer de 49 años se hospitaliza por presentar síntomas afectivos y psicóticos.

Su descripción general es la siguiente:

Llega en camilla, dice sentirse débil para caminar pero lo hace ayudada. Se observa inquieta, hiperactiva y habla constantemente, si bien se muestra amable y colaboradora. Establece contacto visual espontáneamente. Responde a las preguntas, pero es difícil interrumpirla una vez comienza a hablar. Su apariencia está de acuerdo con la edad pero luce un poco descuidada en el arreglo personal. Su rostro es poco expresivo y su actitud es una entremezcla de altivez y extrañeza.

M.O., una mujer de 38 años presenta síntomas psicóticos. Su descripción general es:

Llega al consultorio por sus propios medios, se observa poco activa, distante y ligeramente asustada. Su arreglo y aseo están de acuerdo con las circunstancias; su edad aparente es mayor que la cronológica. Responde espontáneamente las preguntas, logra mantener la conversación sin dificultad, pero no consigue comunicar apropiadamente lo que experimenta. Establece contacto visual de manera un tanto precaria. Su expresión facial es de susto y su actitud de ligera extrañeza.

Estado de conciencia

El término conciencia tiene varias acepciones en psiquiatría, neurología y ciencias cognoscitivas. En el capítulo primero se presentó una de ellas; sin embargo, en esta sección, conciencia alude ante todo a la capacidad de contactarse con el entorno. En la práctica clínica, para evaluarla y determinar su estado se toma como elementos determinantes la presencia o ausencia de sueño, la competencia para percibir estímulos externos y responder ante los mismos y la capacidad de realizar movimientos voluntarios. De acuerdo con esto, los estados de conciencia se clasifican en:

1. ALERTA

Es el estado habitual cuando se está despierto. Corresponde a la vigilia. La persona no muestra signos de sueño, recibe estímulos externos, se percata de la presencia de los mismos y despliega una respuesta conductual apropiada de acuerdo con la interpretación que les confiere. Es importante tener en cuenta que la inmensa mayoría de los trastornos psiquiátricos se presentan en personas en estado de alerta. Cuando así no ocurre, es prioritario pensar en alteraciones neurológicas, metabólicas, endocrinológicas o en efectos secundarios de sustancias.

Quienes tienen síntomas psicóticos como ideas delirantes o alucinaciones auditivas, casi siempre se encuentran en estado de alerta, pues la presencia de dicha sintomatología no les impide captar los estímulos del medio y desplegar una respuesta, así ésta sea poco organizada o se encuentre seriamente influenciada por las ideas delirantes y las alucinaciones. K. X. escuchaba voces que le hablaban y lo instaban a predicar las palabras de un libro religioso. Se creía a sí mismo un enviado de poderosos espíritus, se incomodaba si no lo escuchaban y le brindaban la atención que creía merecer, tanto así que intentó golpear a un interlocutor que no estuvo de acuerdo con sus mensajes. El paciente del ejemplo tenía síntomas psicóticos notorios, pero su estado de conciencia era alerta. Captaba las actuaciones de quienes le rodeaban, así las interpretara de manera distorsionada. Si bien centrada en el tema místico, pero era capaz de mantener una conversación apropiadamente. Además, respondía ante los estímulos del entorno así fuera con intentos de agresión. Lo que cuenta en el estado de alerta no es lo correcto de la interpretación de los estímulos ni lo adecuado de las respuestas sino la presencia de las capacidades para recibir estímulos externos y, mediante movimientos voluntarios, desplegar respuestas conductuales.

En la demencia, aún en fases muy avanzadas, se preserva el estado de conciencia. La persona puede tener una gran pérdida de la memoria; quizá no logre reconocer a sus familiares más cercanos ni recuerde lo que hizo hace cinco o diez minutos, pero aún así es capaz de percibir las imágenes de quienes se le acercan, escuchar sus palabras y organizar algún tipo de respuesta, así sea para olvidar todo lo sucedido unos segundos después.

2. SOMNOLENCIA

Es la tendencia a quedarse dormido. Fácilmente y con estímulos verbales o tactiles corrientes se vuelve a estar alerta. En ocasiones se prefiere denominarla letargo para diferenciarla de la somnolencia que antecede al sueño fisiológico. Suele encontrarse sobre todo como efecto secundario de medicamentos como las Benzodiazepinas, algunos antipsicóticos e inductores del sueño.

3. CONFUSIÓN U OBNUBILACIÓN

En la confusión u obnubilación, la somnolencia es constante. No se llega completamente al estado de alerta mediante estímulos verbales o táctiles. La capacidad para captar estímulos externos y desplegar conductas se compromete seriamente. Debido a ello, la persona no logra ubicarse en tiempo ni lugar, identifica erróneamente lo que sucede a su alrededor, muestra una conducta desordenada y errática y no logra mantener la conversación.

La confusión es parte importante del cuadro clínico del delirium. Este trastorno se desarrolla en un lapso de tiempo breve -de horas a días- y fluctúa a lo largo del día o la noche. Se acompaña de una disminución en la capacidad de dirigir la atención al entorno y de alteraciones en las funciones cognoscitivas.

E.W. un hombre de 67 años, después de tomar una dosis de Benzodiazepinas adicional a la habitual, se observaba constantemente adormilado. Quería salir de la habitación pero no atinaba a encontrar la puerta e insistía en buscar libros en un cajón donde guardaba ropa. Al formularle preguntas sus respuestas eran irrelevantes y no lograba dar cuenta de lo que experimentaba y le ocurría.

4. ESTUPOR

Hay una especie de sueño profundo. No se puede captar los estímulos externos ni desplegar conducta alguna. La respuesta verbal está ausente. Se pierde todo contacto con

el entorno. No hay movimientos dirigidos hacia un propósito; tan sólo aparece respuesta ante estímulos intensos como el dolor. La mano se dirige a la región del cuerpo que ha sido pellizcada o punzada, lo que se conoce como respuesta de localización del dolor. Sin embargo, tan pronto cede el estímulo, el sueño se hace presente una vez más.

5. COMA

El contacto con el entorno está totalmente perdido y ni siquiera se localiza el dolor. De acuerdo con la respuesta ante estímulos dolorosos se divide en:

5.1. Superficial

Ante el dolor la respuesta consiste en movimientos denominados posturas.

5.1.1. Postura de descerebración; hiperextensión del cuello y las extremidades con pronación marcada.

5.1.2. Postura de decorticación: hiperextensión del cuello y las extremidades con flexión de los miembros superiores.

5.2. Profundo

No hay respuesta alguna ni siquiera ante estímulos dolorosos intensos.

6. ESTADOS ESPECIALES

6.1. Estado vegetativo persistente

Aparece después de que una lesión cerebral grave ha mantenido a alguien en coma durante periodos de tres a cuatro semanas. La persona retorna a un estado incompleto de alerta. Las funciones relacionadas con el tallo cerebral siguen intactas: puede abrir los párpados en forma espontánea, bosteza, tiene ciclos de sueño y vigilia. Hasta el electroencefalograma (EEG), que inicialmente era casi isoeléctrico, se aproxima a la normalidad. Sin embargo, las funciones mentales prácticamente desaparecen. Parece no procesar los estímulos externos, no exhibe conducta organizada, no muestra respuesta emocional ni puede comunicarse verbalmente.

6.2. Enclaustramiento

La persona afectada tiene ciclos de sueño y vigilia normales y está perfectamente alerta mientras permanece despierto, pero sus movimientos están marcadamente restringidos

al parpadeo o al movimiento de los ojos en sentido vertical. Tampoco puede hablar. En cuanto a sus funciones mentales, están ampliamente preservadas. Puede captar estímulos externos como los visuales y auditivos, organizar pensamientos y hasta responder las preguntas mediante parpadeo.

El trastorno se produce por una lesión que interrumpe las vías corticobulbares descendentes sin afectar las estructuras responsables del alertamiento (trombosis de la arteria basilar, mielinolisis póntica central).

Orientación

1. ORIENTACIÓN EN PERSONA

Desde la más temprana infancia, se comienza a experimentar un sentido del yo. Día tras día sentimos que somos la misma persona. Aún cuando pasen los años y cambiemos físicamente o pensemos de manera diferente, seguimos teniendo una identidad que se prolonga a través del tiempo. Poseemos una historia de nuestra vida, sabemos quiénes somos y lo que nos ha sucedido; es decir, estamos orientados en persona.

Si alguien está desorientado en persona, no sabe quién es, no logra dar su nombre ni recordar su historia. Esta desorientación es rara en psiquiatría. Se asocia al estado de confusión propio del delirium. Se encuentra también en la demencia avanzada, en algunos tipos de amnesia y en los instantes posteriores a un trauma craneoencefálico o a una crisis epiléptica. En el último caso dura segundos a minutos y cede espontáneamente.

Aunque no se trata de desorientación propiamente dicha, es importante mencionar aquí las alteraciones en la identidad personal. Por ejemplo, en la esquizofrenia puede aparecer una sensación de extrañeza consigo mismo o se asume una nueva identidad producto de las ideas delirantes. El paciente cree ser una persona completamente distinta. Se considera un profeta, el presidente de algún país o un perseguido político. Intenta actuar de acuerdo con su nueva identidad y rechaza todo aquello que le sugiera la anterior, en algunas ocasiones hasta el nombre.

También hay alteraciones en la identidad personal durante las fugas disociativas. El afectado confunde u olvida su identidad y a menudo asume una nueva. Con dificultad recuerda algo de su pasado y a veces no logra evocar absolutamente nada. Emprende

viajes repentinos e inesperados lejos de su hogar o lugar de trabajo y empieza una nueva vida.

En el trastorno de identidad disociativo (antes llamado personalidad múltiple) hay dos o más identidades con una historia personal, imagen y hasta nombres distintos. En el momento en que una personalidad toma el comando puede negar o criticar a la otra, pero no alberga dudas y responde en forma adecuada acerca de sí misma y de su vida.

2. ORIENTACIÓN EN LUGAR

Estamos ligados a ciertos lugares desde muy temprano en la vida; aprendemos a reconocer el entorno inmediato y movernos en él. Después exploramos ámbitos más amplios, los conocemos y hacemos parte de nuestra cotidianidad. La continuidad de los días nos permite saber el lugar en que estamos y los desplazamientos efectuados. De ahí que fácilmente respondemos cuando nos preguntan dónde nos encontramos. Si no podemos hacerlo, estamos desorientados en lugar.

La desorientación en lugar aparece en los mismos cuadros clínicos que la desorientación en persona. Pero puede igualmente observarse en episodios agudos de trastornos psicóticos, en el trastorno por despersonalización y en las fugas disociativas.

3. ORIENTACIÓN EN TIEMPO

La importancia que actualmente se le concede al tiempo es relativamente reciente en la historia de la humanidad. En otras épocas a la gente poco le importaba llevar un conteo de los días o los años transcurridos. De hecho, aún hoy existen grupos donde el seguimiento del calendario es un asunto secundario. Sin ir muy lejos, en varios poblados de la costa pacífica colombiana las personas no se interesan en precisar el tiempo, no tienen en mente las fechas y en muchas ocasiones ni siquiera sus edades.

Sin embargo, en la cultura occidental, el tiempo se ha convertido en uno de los referentes más importantes del diario vivir. La desorientación en tiempo es bastante común y de buenas a primeras no indica proceso psicopatológico alguno. Pero puede encontrarse después de una crisis convulsiva, un accidente cerebrovascular o un trauma craneoencefálico. Se observa también durante la etapa aguda de los trastornos psicóticos y de los afectivos.

Atención

William James, psicólogo y filósofo norteamericano, al hablar de la atención decía: "Todos saben qué es la atención. Es la toma de posesión de la mente, en forma clara y vívida, por parte de uno de los varios objetos simultáneos del pensamiento. La focalización, es decir la concentración, es su esencia. Implica dejar a un lado algunas cosas para tratar de manera efectiva con otras. Se trata de una condición claramente opuesta a la confusión, al aturdimiento".

La atención hace posible que los estímulos se capten más rápidamente y a un umbral más bajo. Si se busca la dirección de una casa en una ciudad desconocida se concederá especial importancia a los anuncios con nombres de calles, se los percibirá con rapidez y hasta se los descubrirá aunque estén ligeramente escondidos o sus letras sean borrosas e irregulares.

La atención entra en juego en todos los procesos del psiquismo. Tempranamente en la percepción o con posterioridad en la toma de decisiones. Estudiarla no sólo ayuda a entender la dinámica general del funcionamiento psíquico, también es importante cuando se trata de conocer la manera en que las personas llevan a cabo tareas que exigen un gran esfuerzo mental, se enfrascan en actividades prolongadas o aburridas.

En los últimos años se habla de tipos y áreas involucradas en la atención más que de una capacidad general. Atención espacial, recursos de atención, atención automática y otros son términos comunes en la literatura actual del tema. :

1. CARACTERÍSTICAS

1.1. Orientación

Mediante la atención, el psiquismo dirige sus recursos a objetos o eventos de importancia para la supervivencia del organismo. Si en la cercanía del lugar donde nos encontramos, de un momento a otro, aparece una serpiente, un objeto pesado cae abruptamente o un ruido intenso se hace presente, la atención se dirigirá u orientará de manera forzada y automática (involuntaria) hacia estos estímulos. En cambio, si decidimos leer un cuento o disfrutar de una melodía, la orientación cambiará como resultado de una decisión (voluntaria).

1.2. Focalización

La atención se focaliza o se centra sólo en unos cuantos estímulos a la vez. Sin embargo, esto no bloquea la capacidad que tienen otros estímulos para entrar en el psiquismo e incluso ser almacenados como memorias implícitas. Aunque alguien tenga focalizada su atención en la lectura de un libro y no preste cuidado a la programación de una emisora de radio, las palabras escuchadas pasivamente pueden procesarse y constituirse en la motivación de otras conductas.

1.3. Concentración

La concentración es la cantidad de recursos de atención que se dedica a una actividad o a un fenómeno psíquico específicos. En los años ochenta, se descubrió que los recursos del sistema de atención son limitados. En estudios con cerebros hendidos (donde las vías que comunican los dos hemisferios están seccionadas) se encontró que, al dedicarse a una tarea determinada, entre más difícil ésta fuera más recursos se necesitaba. Un hemisferio cerebral terminaba pidiendo ayuda al otro; y cuanto más intensamente trabajaba uno de ellos más difícil le resultaba al otro ejecutar tareas simultáneas. Por tanto, si nos empeñamos en realizar dos actividades como leer y seguir una conversación a la vez, será necesario repartir los recursos de atención. Entre más nos dediquemos a una de ellas, más descuidaremos la otra.

2. EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA ATENCIÓN

Los seres humanos no somos indiferentes ante lo que nos rodea, nos interesan las personas y su conducta tanto como los objetos. Ese interés es flexible y varía de acuerdo con el contexto y nuestro estado psicológico. Es diferente estar en cine o en una fiesta, jugando cartas o ajedrez. En un consultorio o una sala de hospital esperamos que el interés esté dirigido preferentemente a las actividades propias de la entrevista o la evaluación. Sin embargo, no siempre es así.

La evaluación de la atención empieza con el primer contacto que tenemos con alguien. La actitud en general, la expresión facial, los movimientos y los pensamientos indican con cierta claridad lo que sucede con el proceso de atención.

2.1. Hipoprosexia

La persona afectada intenta concentrar su atención en algo pero no lo logra más allá de unos segundos a minutos, principalmente debido a que de manera involuntaria se orien-

ta y focaliza en otros pensamientos o sensaciones. Si reintenta concentrarse, no hay cambio alguno en el resultado. Se aprecia con facilidad cuando alguien espera ansiosamente una llamada telefónica y mientras tanto lee un libro. Capta el texto de unos cuantos renglones y aunque prosigue la lectura entiende muy poco de lo leído o se ve en la necesidad de repetir varias veces un párrafo con el fin de clarificarlo.

Hay quienes se quejan de no poder concentrarse debido a las "preocupaciones". Otros no logran hacerlo por la presencia de algún dolor. En la clínica, la hipoprosexia se encuentra en los trastornos de ansiedad y en los depresivos. En estos últimos puede ser notoria y persistente, dándose momentos en que la atención no se dirige a nada en particular. En el delirium, aparece acompañada de compromiso en el estado de conciencia, ocasionando una clara dificultad para responder las preguntas y entender lo que sucede a su alrededor.

2.2. Hiperprosexia

La atención se mantiene focalizada y concentrada en determinados objetos, eventos, pensamientos, recuerdos o sensaciones. La mejor ilustración la constituye una partida de ajedrez; cada jugador está pendiente casi exclusivamente de las piezas del tablero y todo su interés gira alrededor de las jugadas venideras.

Conviene tener presente que muchas tareas son bastante exigentes y requieren una gran concentración para ser realizadas. Si se escribe un informe, se resuelve un problema matemático o se estudia un articulo complejo, quien lo hace no atenderá otros estímulos ni será muy fácil que focalice su atención en temas distintos. Activa y voluntariamente se concentrará en lo que hace y le interesa. Una anécdota bastante famosa cuenta que cuando los romanos invadieron Siracusa, Arquímedes, el famoso matemático, se encontraba tan concentrado estudiando una figura geométrica que había dibujado en la arena que no le respondió a un soldado que lo interrogaba. Como resultado, éste lo mató con una lanza.

Cuando la hiperprosexia toma tintes psicopatológicos, la mayoría de veces sucede de manera involuntaria. En casos extremos, los afectados pueden observarse totalmente ensimismados y ajenos a cuanto les rodea, pues su atención está centrada en un solo tópico. Si la intensidad de la hiperprosexia es menor, las personas quizá muestren un interés inusitado e inspeccionan minuciosamente determinados objetos.

En algunos trastornos psicóticos los pacientes suelen estar tan concentrados en sus alucinaciones e ideas delirantes que se desentienden totalmente del entorno. En el trastorno obsesivo compulsivo, los pensamientos, impulsos e imágenes recurrentes pueden tomarse los recursos de atención del psiquismo a pesar de los intentos del paciente por

suprimir, ignorar o neutralizar los síntomas. En el trastorno por estrés postraumático, la reexperimentación persistente del suceso traumático a través de recuerdos intrusivos y sueños determina que buena parte del tiempo la atención se focalice y concentre en el trauma que dio origen a los síntomas.

2.3. Atención distráctil

Se encuentra en personas con hiperactividad motriz de cualquier origen, ansiedad, delirium y manía. La atención se focaliza en algo por un breve lapso de tiempo para orientarse a un nuevo estímulo instantes después. Z.W., en medio de un episodio maniaco, tan pronto entró a un consultorio preguntó por los papeles que se encontraban encima del escritorio. En seguida inspeccionó las sillas, intercambió algunas palabras con el entrevistador, verificó el estado de un bombillo prendiéndolo y apagándolo varias veces, buscó algunos documentos en su billetera y pidió un vaso de jugo para calmar la sed. El ejemplo ilustra un caso extremo. Desde luego hay grados menores de compromiso donde la dificultad en la focalización puede ser leve o moderada.

En la manía la atención se traslada fácilmente y con mucha frecuencia, pero siempre se acompaña de algún interés, por pequeño que sea, en los objetos y eventos.

Vale la pena mencionar en este aparte, la sintomatología de los niños con déficit de atención. No consiguen concentrarse en el trabajo escolar, tienen dificultades para mantener la atención en una sola actividad; no siguen instrucciones y fallan en la finalización de tareas. Hablan excesivamente; contestan las preguntas antes de que el interlocutor termine de formularlas, parecen no escuchar cuando se les habla y no son capaces de esperar sus turnos.

Sueño

En el idioma Español existe un solo término para referirse a dos fenómenos distintos, lo que en ocasiones crea confusión. *Sueño* y *soñar* se emplean tanto para denominar el cambio en el estado de conciencia asociado al reposo (dormir) como la actividad onírica (tener sueños). En idiomas como el Inglés se dispone de términos diferentes para cada fenómeno: *sleep* (dormir) y *dream* (actividad onírica).

Durante mucho tiempo se consideró el dormir como un estado uniforme. Se perdía el estado de alerta o vigilia y el cuerpo entraba en una fase inactiva. Esta visión se modi-

ficó sustancialmente cuando se descubrió que el sueño está compuesto de etapas claramente diferenciadas. Hay un periodo con actividad cerebral de ondas lentas y otro caracterizado por ondas rápidas, pérdida del tono muscular estriado y movimientos oculares rápidos. Se les denominó sueño *no MOR* y sueño *MOR* (movimientos oculares rápidos) respectivamente. La actividad onírica vívida y factible de ser recordada se presenta principalmente en el segundo. En el sueño *no MOR*, si la hay es fragmentaria, mal estructurada y difícil de evocar. Durante el dormir se presentan varios ciclos en los que se alternan el sueño *no MOR* y el *MOR*, siendo el paso entre ellos gradual más que abrupto.

Las alteraciones del sueño son frecuentes y alrededor de un tercio de los adultos las sufrirán en algún momento de su vida. Aunque no son propias de ningún trastorno psiquiátrico específico, pueden ser parte del cuadro clínico de la mayoría de ellos.

Quienes sufren de alteraciones en el sueño generalmente se quejan de 1- insomnio, 2- somnolencia diurna excesiva, 3- movimientos y comportamientos anormales durante el dormir y 4- experiencias extrañas e incómodas durante el dormir o al despertar.

1. INSOMNIO

La queja principal es la disminución en la cantidad total de sueño o la experiencia de que el sueño nocturno no es adecuado y/o reparador.

1.1. Según el momento de la noche o del periodo total de sueño en que se presente recibe los siguientes nombres:

1.1.1. De conciliación. Dificultad para quedarse dormido. Es el más común de todos.

1.1.2. Reconciliación: Después de haber dormido un tiempo sobreviene el despertar y es difícil volver a conciliar el sueño.

1.1.3. De despertar frecuente. Hay múltiples despertares si bien es posible volver a conciliar el sueño con relativa facilidad.

1.1.4. De despertar temprano o precoz. El despertar sucede más temprano de lo habitual. Se encuentra en depresiones con síntomas melancólicos. Los pacientes se despiertan dos o más horas antes de lo acostumbrado.

1.1.5. Necesidad disminuida de dormir. En esta situación, las personas duermen menos de lo habitual, pero sienten el sueño como reparador. Su organismo se adapta

temporalmente a un mayor número de horas en estado de alerta y no les exige dormir en la misma cantidad que lo hacían antes. Es propio de la manía.

1.2. Dependiendo de la duración se clasifica en:

1.2.1 Transitorio. Persiste por un tiempo total menor de tres semanas. Puede estar ocasionado por circunstancias pasajeras como incomodidad con un nuevo lugar donde dormir, situaciones estresantes, uso de medicamentos, algún tipo de dolor y hasta cambios de horario.

1.2.2 Crónico. Dura más de tres semanas.

1.3. De acuerdo con el mecanismo causal, se clasifica en:

1.3.1. Primario. No hay ningún trastorno psiquiátrico o de otra especialidad médica que lo ocasione.

1.3.2. Secundario. Se asocia con trastornos médicos diversos, especialmente enfermedades que se manifiestan con dolor. También con el uso de sustancias como broncodilatadores, corticoides, anfetaminas, cafeína, etc. y con la suspensión de medicamentos que favorecen el sueño (Benzodiazepinas, algunos antidepresivos, antipsicóticos). En cuanto a los trastornos psiquiátricos, en los de tipo psicótico, afectivo y ansioso el insomnio es un síntoma habitual, sobre todo durante los episodios con síntomas agudos.

2. HIPERSOMNIO O SOMNOLENCIA EXCESIVA

Es la tendencia a quedarse dormido durante el día. Interfiere en mayor o menor medida con las actividades cotidianas y hace necesario tomar pequeñas siestas o sueños diurnos. Puede aparecer en diferentes circunstancias. Pasa desapercibido si ocurre al leer o ver televisión, pero se hace notorio en situaciones inapropiadas como cuando se trabaja, conversa o conduce un automóvil.

El hipersomnio hace parte del cuadro clínico de varios trastornos. En la apnea obstructiva del sueño se acompaña además de ronquidos y resoplidos. En la narcolepsia hay episodios involuntarios e irresistibles de sueño (por lo general reparador) asociados con pérdida bilateral del tono muscular (cataplejía), alucinaciones hipnagógicas o hipnopómpicas y parálisis del sueño al comienzo o final del episodio.

El hipersomnio de la mañana, es decir la dificultad para despertarse, si se acompaña de

un horario tardío para quedarse dormido en la noche, corresponde a una fase atrasada de sueño. No se trata de insomnio de conciliación propiamente dicho sino una incapacidad para comenzar a dormir en horarios convencionales, tanto así que no hay problema para mantener el sueño una vez se ha iniciado. Estas personas son buenos "trasnochadores" pero malos "madrugadores", por lo que no tienen problemas para realizar diversas actividades hasta bien entrada la noche. En el caso contrario, de una fase adelantada del sueño, la somnolencia excesiva se experimenta en la tarde y al comienzo de la noche, siendo temprano el despertar.

3. PARASOMNIOS

Son experiencias extrañas e incómodas que ocurren durante el sueño e incluyen componentes motores, verbales, autonómicos y hasta vivencias complejas. Incluso se pueden presentar comportamientos extraños y sin un propósito claramente identificado mientras se está dormido.

Dado que al dormir hay varios momentos de transición entre el estado de alerta inicial, el sueño *no MOR*, el sueño *MOR* y el despertar, la prolongación exagerada de alguno de estos momentos de transición o la intensificación de sus características propias da lugar a los parasomnios. Pueden ser ocasionales y aislados o volverse crónicos y constituir parte integral de algún trastorno más específico.

3.1. Asociados al sueño No MOR

3.1.1. Fenómenos normales como las mioclonías hipnagógicas o sobresaltos. Al comienzo del sueño, en la transición desde la vigilia, aparece un sobresalto de una parte o de la totalidad del cuerpo, con frecuencia acompañado de un despertar poco duradero.

3.1.2. Despertar con confusión. Junto con las dos clases siguientes de parasomnios se presentan en el primer tercio de la noche y son raros en las siestas diurnas. Son más frecuentes en la niñez y se asocian con antecedentes familiares de los mismos.

El despertar con confusión es un súbito despertar de un sueño profundo. Dura desde minutos hasta varias horas. La persona se observa lenta en sus reacciones y pensamientos, desorientada en tiempo y espacio, con dificultad para percibir apropiadamente los estímulos externos. Su comportamiento es desorganizado, sin fines claramente identificables, pero sólo ocasionalmente agresivo.

3.1.3. Sonambulismo. El afectado se levanta de la cama, camina por el lugar donde

vive y hasta sale a la calle. La mirada es fija y perdida, no responde a estímulos verbales ni a otros intentos de los demás por despertarlo. Después de unos minutos, vuelve a la cama y continúa durmiendo. A veces es posible despertarlo durante el episodio. En este caso, al comienzo se muestra desorientado y confundido, pero unos minutos después recobra completamente sus capacidades psíquicas y su comportamiento no es extraño ni desorganizado. Por lo general hay amnesia completa de lo sucedido, aunque en ocasiones se logra recordar algunos fragmentos.

3.1.4. Terrores nocturnos. Se inician con gritos o alaridos estruendosos. La persona se observa horrorizada y no es posible calmarla ni consolarla por medios habituales como la palabra o los gestos. La conducta es extraña pero está de acuerdo con el temor experimentado. Trata de huir sin reparar en el daño que puede causarse a si misma o a otros; salta, corre y hasta puede lanzarse al vacío. Intenta defenderse y en consecuencia golpea los objetos o se muestra abiertamente agresiva. Posteriormente hay amnesia de lo sucedido y no se guarda recuerdos de lo que pasó.

3.1.5. Somniloquios, bruxismo y enuresis. Somniloquios hace referencia al hablar cuando se está dormido. Ocurre tanto en el sueño *MOR* como *no MOR* y no tiene significación psicopatológica especial. El bruxismo es el rechinamiento dental mientras se duerme. En la enuresis se presenta micción involuntaria. Aunque es común en la infancia, no es tan rara en la adolescencia y la vida adulta.

3.2. Asociados con el sueño MOR

3.2.1. Pesadillas. Son sueños notoriamente terroríficos. El contenido gira alrededor de amenazas para la integridad física, la seguridad o la autoestima e incluso actos abiertos de agresión. Su intensidad emocional es grande, tanto que en ocasiones logran despertar al soñante. Una vez la persona despierta, ceden completamente y es posible evocarlas y relatarlas con claridad. Se presentan en la segunda mitad de la noche y no se acompañan de conductas extrañas o desorganizadas.

3.2.1. Trastorno de comportamiento del sueño MOR (fantasmagorías). Se presenta preferencialmente en la segunda mitad o en el último tercio del tiempo total de sueño. Se caracteriza por la presencia de movimientos bruscos estereotipados, incluso violentos, de inicio repentino. La actitud y el comportamiento general es como si se estuviera actuando algún contenido onírico. El soñante toma posiciones de ataque y defensa, se muestra cauteloso o resuelto. Los movimientos son rápidos y bien coordinados, lo que contrasta con la lentitud exhibida por algunos de los afectados en sus actividades diurnas.

3.3. Parasomnios secundarios

Están asociados con distintos tipos de enfermedades como la epilepsia, arritmias cardiacas, angina de pecho nocturna, asma bronquial, reflujo gastroesofágico, espasmo esofágico, calambres nocturnos, etc. Despertares repetidos asociados con incomodidad en la región torácica pueden ser debidos a reflujo gastroesofágico, enfermedad ácido péptica o isquemia cardiaca nocturna. La sensación de asfixia durante el sueño acompañada de ronquidos posiblemente corresponde a un síndrome de apnea obstructiva.

Afecto

1. GENERALIDADES

Los humanos no asistimos a los acontecimientos de la vida de una manera neutral. En toda vivencia está presente un colorido subjetivo, denominado afecto, tan importante que se va a constituir en determinante de la conducta posterior. El tinte afectivo vuelve interesante o monótono el mundo. Lo placentero incitará a su búsqueda continua, mientras lo triste y lo que ocasiona temor o frustración serán evitados de alguna manera.

Al igual que con otros estados psicológicos, existen muchas palabras para referirse al afecto. En la era grecorromana y hasta la modernidad era más frecuente usar el término pasión. Hasta el siglo XX, la ciencia no se había preocupado por el tema; eran mejores las descripciones de los escritores que las realizadas por los estudiosos. Actualmente, afecto, emoción, humor, temperamento, estado de ánimo son una muestra de la diversidad de palabras empleadas con este propósito.

Se acostumbra hablar de las emociones como afectos de aparición súbita, poco duraderos y acompañados de múltiples manifestaciones somáticas; bastante parecidos a las reacciones. Se cita como ejemplos los ataques de pánico, la ira y el miedo. Del humor o los estados de ánimo se dice que son afectos de instauración lenta y progresiva, cuya duración va desde horas hasta meses; constituyen un marco de sensibilidad emocional y no se acompañan de cambios vegetativos sino de modificaciones en los patrones de sueño y alimentación. El ejemplo clásico es la tristeza.

Esta diferenciación no parece ser muy útil. Cualquier estado afectivo o emoción puede durar desde segundos hasta años. La aparición súbita de cualquiera de ellos induce modificaciones en el sistema vegetativo, mientras su permanencia en el tiempo conlleva cambios en diversos sistemas del organismo, especialmente los endocrinos, y en el resto de áreas del psiquismo. Alguien, al recibir una mala noticia, puede experimentar profunda tristeza durante algunos segundos, presentar cambios vegetativos importantes y recobrar la serenidad al comprobar su falsedad y enterarse que se trataba de una broma. La misma tristeza puede persistir por meses y hasta años, acompañarse de cambios en la secreción de varias hormonas, afectar el funcionamiento inmunológico e inclusive comprometer la memoria y otras funciones cognoscitivas.

En el ejemplo se aprecia que la tristeza puede comportarse como una emoción e igualmente como un estado de ánimo, por lo que esa diferenciación terminológica no añade mucho a su comprensión. Lo mismo ocurre con la ansiedad, el temor y la alegría: pueden ser momentáneas y fugaces o volverse crónicas y permanecer por largo tiempo sin mayores cambios. Con base en las razones expuestas, en el presente libro se utilizará indistintamente los términos afecto, emoción y estado de ánimo, pues se considera que su diferenciación no hace sino complicar las explicaciones y multiplicar las entidades más de lo necesario. En este orden de ideas, preferimos acoger a Occam, quien recomienda "entia non sunt multiplicanda preater necessitatem"; es decir, no poblar las explicaciones de conceptos más allá de los estrictamente necesarios.

Es más fructífero estudiar cada estado afectivo y conocer los factores que determinan su aparición, los cambios que induce en el funcionamiento del organismo, las repercusiones que conlleva cuando se vuelve crónico y los patrones de evolución a través del tiempo. Alguien puede sentirse ansioso cada vez que afronta una situación específica (hablar con un superior), pero el resto del tiempo mostrarse sereno y hasta alegre. Esa persona será diferente de quien experimente ansiedad no sólo al hablar con un superior sino al salir a la calle o de aquél que está ansioso la mayor parte del tiempo aún sin afrontar ninguna situación potencialmente peligrosa.

La conducta de los seres humanos como la de muchos animales está encaminada, por una parte, a la satisfacción de ciertas necesidades, a la búsqueda del placer, de lo agradable, y, por otra, a evitar el dolor, el displacer y el peligro. Se disfruta y vive con alegría lo placentero; se siente tristeza cuando una posible fuente de placer se acaba o se va de las manos; la ansiedad y el temor se hacen presentes ante un posible peligro para la integridad; mientras la ira aparece cuando se experimenta frustración.

Hay una fuerte polémica acerca de la variedad de experiencias emocionales patrimonio de los seres humanos. En opinión de algunos, existe un grupo limitado de ellas compartido por todos los hombres; las mismas están ligadas a la historia evolutiva de la especie, por lo que se encuentran en cualquier región geográfica y época en la que haya vivido el homo sapiens sapiens. Según otros, las emociones son diversas y están mediadas de manera preponderante por la sociedad en que se vive; como prueba de ello mencionan la cantidad y variedad de palabras existentes en cada idioma para describirlas. Cualquiera sea la solución, no es posible olvidar la mediación de la cultura en la respuesta y expresión emocionales. Es fácil notar que dicha expresión en un caribeño es mucho mayor en intensidad que en alguien del centro de Europa. De igual manera, situaciones que en algunos grupos sociales ocasionan placer, en otros traen miedo y tristeza, como el nacimiento de gemelos entre los indígenas Uwas.

1.1. Características de las emociones

Ha sido tradición clasificar las emociones en un continuo entre lo agradable o placentero y lo desagradable o displacentero. Se ha utilizado en exceso esta dimensión para tratar de entenderlas. Quizá sea más importante reconocer que cada emoción posee características propias que la hacen diferente de las demás. El hecho de no poder clasificarlas en una escala única no las hace menos interesantes como fenómeno psicológico.

1.1.1. Subjetividad

Los estados psicológicos son estrictamente subjetivos, pero con las emociones es aún más fácil captar dicha característica, pues se experimentan más íntimamente y son inmediatas para la persona. La introspección percibe los afectos radicalmente diferentes de los pensamientos, los recuerdos, las sensopercepciones, etc.; los identifica con relativa facilidad, pero le es difícil darlos a conocer en términos verbales. Al fin y al cabo no es tarea sencilla usar palabras para expresar una de las experiencias psicológicas más distantes del uso de símbolos.

Esta misma subjetividad se constituye en una de las dificultades para identificar estados emocionales en otras personas, especialmente si son sutiles. Entre otros factores, son nuestras vivencias, acompañadas de su tinte emocional respectivo, las que nos enseñan, con el paso del tiempo, a identificar los estados emocionales propios y a reconocerlos en otros.

1.1.2. Estímulos desencadenantes

Las emociones no se dan en el vacío, aparecen de preferencia en ciertos contextos y se relacionan con algo o alguien. Por ejemplo, la ira y el miedo se refieren a situaciones y cosas concretas. Encontrar una serpiente en el camino produce temor debido al riesgo de ser mordido, pero si se la observa dentro de la jaula de cristal de un serpentario, quizá más que miedo sea curiosidad lo que se experimente.

Los estímulos desencadenantes se ubican tanto en el exterior como en el interior, en el último caso en forma de imágenes y recuerdos. Si son externos, es mucho más fácil identificarlos (como la alegría que alguien experimenta al lograr una meta); sin embargo, en ocasiones no se encuentra estímulo desencadenante alguno por intensa que sea la búsqueda. Sucede en el transtorno de pánico, caracterizado por la aparición inesperada de ansiedad intensa sin que existan factores desencadenantes ambientales.

No todos los estímulos tienen la misma capacidad de generar un estado de ánimo. Los estímulos y su contexto son interpretados y valorados dando como resultado un significado que se convierte en el factor propiamente desencadenante. Cuando el estímulo se percibe como placentero o benéfico se siente alegría; en cambio si se lo juzga indesea-

ble, peligroso o nocivo, aparecen emociones como el miedo y la ira. Al interpretar los hechos del mundo externo, éstos adquieren un valor personal, enteramente subjetivo, lo que ayuda a explicar por qué algunas personas (a veces la misma en diferentes circunstancias) muestran una reacción emocional muy distinta ante estímulos y contextos similares.

La interpretación y valoración que se da a ciertas clases de situaciones y personas está mediada por la totalidad de la historia vital y refleja la concepción personal del mundo que cada uno posee (cosmovisión). En el ámbito clínico, una aproximación a lo anterior es el reconocer que los rasgos de personalidad ejercen profundos efectos en los procesos de interpretación y valoración, por lo que es factible encontrar el predominio de un cierto estilo de reacción emocional asociado a ellos. Alguien que posee rasgos histriónicos de personalidad exhibe un patrón afectivo caracterizado por superficialidad y rápidos cambios; la disforia, irritabilidad y ansiedad intensas con una duración no mayor de algunas horas es más factible observarlas en quien presenta rasgos límite o borderline; la irritabilidad acompañada de agresividad es parte de los rasgos antisociales.

1.1.3. Interacción con otras áreas del psiquismo

Los afectos no sólo matizan las experiencias y las vuelven agradables o desagradables, interactúan con las demás áreas del psiquismo e influyen en ellas. El intenso miedo que acompaña a una experiencia traumática favorece su recuerdo claro y preciso, aunque también puede bloquearlo completamente. La ansiedad en un examen dificulta la organización de las ideas en el pensamiento; la tristeza se acompaña de una visión pesimista del mundo y la ira suele asociarse con fantasías agresivas.

Los afectos cambian la expresión facial de las personas, ponen su toque a los movimientos corporales, matizan el lenguaje, favorecen determinado contenido ideativo y facilitan ciertos tipos de conducta. Como se ve, la interacción es con la totalidad del psiquismo. El funcionamiento somático no es ajeno a los estados de ánimo, pues todos los sistemas del organismo están coordinados con la respuesta emocional y con gran facilidad pueden verse sustancialmente modificados por ella.

1.1.4. Tendencias conductuales

Las emociones favorecen la aparición de ciertas conductas. El placer que se obtiene al leer un libro lleva a continuar su lectura hasta acabarlo y, por qué no, volverlo a leer. El llanto y el desinterés en el entorno aparecen junto a la tristeza. La risa, el deseo de socializar y estar más activo son frecuentes acompañantes de la alegría. Si sobreviene el miedo por alguna circunstancia, se despliega conductas encaminadas a luchar o huir. La ira favorece las muestras de agresividad y la insuficiencia afectiva facilita la inactividad al desnudar de placer las personas y las cosas que nos rodean

1.2. Evaluación del afecto

La experiencia subjetiva de cualquier emoción no puede ser compartida completamente por parte de un evaluador u observador. No es posible conocer directamente las emociones ajenas, pero a menudo emitimos juicios sobre ellas basándonos en manifestaciones externas que no son simples características asociadas sino parte fundamental de la respuesta emocional global. De otra parte, haber experimentado previamente esas emociones, nos permite conocerlas e identificarlas en otros.

La evaluación del afecto se basa entonces en manifestaciones del funcionamiento de otras áreas del psiquismo y de la conducta en general, por lo que es importante tener en cuenta:

1.2.1. La comunicación verbal

Las personas suelen hablar acerca de sus emociones y lo hacen directa e indirectamente. Expresan abiertamente su estado de ánimo con palabras precisas como alegría, tristeza, miedo o utilizan metáforas del estilo "me siento en la gloria", "estoy totalmente hundido" o "me asusto hasta de mi sombra". Además, pueden relatar muchos otros aspectos asociados tales como las situaciones que han favorecido la aparición de esos estados de ánimo, los momentos en que se intensifican o los pensamientos a ellos asociados. Los personas deprimidas y ansiosas expresan con más facilidad sus emociones, en ocasiones con metáforas bastante creativas.

En la comunicación verbal, además del contenido, también son útiles en la evaluación del afecto la velocidad del lenguaje, el volumen, así como el ritmo y melodía (prosodia). Quien está triste habla de manera lenta, con bajo volumen y escasa modulación, pero si siente ira su lenguaje es rápido y quizá grite.

1.2.2. El lenguaje no verbal

Toda la gama de expresiones faciales y corporales nos da indicios acerca del estado afectivo de alguien. La mirada y la musculatura facial están al servicio de la comunicación, sobre todo de emociones, intereses y deseos. En ocasiones, aunque la persona lo niegue e incluso no lo experimente concientemente, su rostro fácilmente expresa ira o temor. Igual ocurre con el resto del cuerpo, donde los movimientos se vuelven lentos o rápidos, sueltos o rígidos, de acuerdo con la experiencia emocional del momento.

1.2.3. La conducta observable

El comportamiento también nos informa sobre el estado emocional. Si vemos a alguien todo el día en cama, callado, desinteresado del entorno, es muy posible que se encuentre triste. En cambio, si lo observamos amenazar a otro, correr tras él e intentar golpearlo, seguramente su emoción predominante será la ira.

Una vez identificado un afecto, de él nos interesa conocer además la intensidad, duración, factores precipitantes y atenuantes, fluctuaciones, evolución en el tiempo y congruencia con el pensamiento. Hay quienes tienen dificultad para iniciar, mantener o terminar una respuesta emocional; a algunos les es particularmente difícil experimentar ira, por lo que terminan por sentir solamente tristeza ante las frustraciones y agresiones. Se ha registrado variaciones circadianas en el estado de ánimo, tal es el caso de la tristeza en algunos casos de depresión: mayor en la mañana y menor en la tarde.

La congruencia del afecto es la comparación entre lo que se observa en la expresión facial y corporal y lo que se conoce a través del pensamiento y el lenguaje. Si un paciente habla de sus ideas delirantes de persecución es entendible que pueda mostrarse iracundo o asustado frente a lo que experimenta. La ira y el miedo, en ese contexto, son una expresión emocional adecuada y congruente con el contenido de su pensamiento; pero no lo sería sentirse atemorizado por los posibles perseguidores y estar alegre, sonriente y entusiasta a la vez.

Para registrar lo relacionado con el afecto en la historia clínica, se recomienda, escribir en enfermedad actual todo cuanto se haya podido conocer de la emoción en estudio: momento de aparición, intensidad, cambios en el tiempo, factores desencadenantes o atenuantes, modificaciones circadianas, etc. En el examen mental se describe el tipo específico de afecto predominante y su intensidad. Por ejemplo, al hablar de la tristeza de un paciente, se registra en enfermedad actual:

J.O., un hombre de 45 años, desde hace cinco semanas, diez días después de perder su empleo, comenzó a presentar tristeza. Es más intensa en las mañanas y disminuye a medida que transcurre el día; se incrementa cuando recuerda las situaciones que rodearon la pérdida del empleo, momentos en que se acompaña de llanto. Con el paso de los días ha aumentado paulatinamente en intensidad. J.O. la describe de la siguiente manera: "nunca me había sentido tan mal. Estoy desanimado, sin fuerzas, sin alicientes. Lo único que deseo y hago es llorar y llorar".

En el examen mental, en el aparte de afecto se consigna:

Afecto marcadamente triste, congruente con lo expresado en el discurso.

2. CLASIFICACIÓN DE LOS AFECTOS

Se puede agrupar los afectos en seis grandes grupos: tristeza, alegría, ansiedad, ira, insuficiencia y varios. Los cuatro primeros los encontramos en una diversidad de circunstancias de la vida cotidiana, por lo que no tienen connotación psicopatológica de

buenas a primeras. Los últimos dos se observan preferentemente en trastornos psiquiátricos.

Aunque no hay un afecto que pueda considerarse como la norma, se acostumbra denominar eutimia a un estado emocional caracterizado por la vivencia placentera y serena de los acontecimientos, la respuesta emocional adecuada en intensidad y duración de acuerdo con los estímulos desencadenantes y la ausencia de manifestaciones psicopatológicas

2.1. Grupo de la tristeza

2.1.1. Tristeza

Como ocurre con todos los afectos, explicar la tristeza implica utilizar algo tan distante de ella como son las palabras, pero no queda alternativa. Las personas usan diversos términos para referirse a esta emoción: depresión, tristeza, aflicción, melancolía, desánimo, abatimiento, lobreguez, infelicidad, desdicha, pena, desconsuelo, amargura, etc., o pueden describirla acudiendo a metáforas: "me siento como en un pozo", "todo se vuelve gris", "me encuentro en tinieblas, en total oscuridad".

Es una experiencia de pérdida de algo o alguien importante, de ahí que el duelo constituya la situación más fácilmente asociada con esta emoción. Es displacentera y por lo general se acompaña de hiporexia y alteraciones en el sueño. La conducta asociada es la tendencia a la quietud y el desinterés en las actividades habitualmente importantes. Cognoscitivamente se caracteriza por la presencia de ideas de desesperanza (pesimismo en el futuro), de minusvalía (sentirse inferior a los demás) y culpa. Las vivencias actuales se vuelven sombrías y de igual tonalidad se tiñen las del pasado. La memoria se ve afectada pero aún así se evoca con más facilidad los recuerdos desagradables y molestos.

Varía en intensidad desde leve hasta intensa, esto es, puede presentarse desde un leve desaliento hasta el más profundo dolor psíquico. Algunos autores, de acuerdo con la intensidad, le asignan nombres específicos. Así, le llaman tristeza cuando es leve y utilizan el término melancolía si es intensa.

La tristeza es parte del repertorio emocional de los seres humanos, constituyendo una experiencia universal asociada a las pérdidas, pero puede ser también una manifestación psicopatológica. En el último caso, constituye el síntoma principal de los transtornos depresivos (transtorno depresivo mayor, transtorno distímico, episodios depresivos de los transtornos bipolares) y es parte importante del cuadro clínico de otros muchos transtornos: transtorno adaptativo con humor depresivo. Puede constituir un efecto secundario de medicamentos como Propanolol, Clonidina, anticonceptivos orales,

Ibuprofeno, Estreptomicina, Interferón, Salbutamol; estar asociada al consumo de alcohol y anfetaminas; o ser parte del cuadro clínico de una condición médica como la enfermedad de Parkinson, la Enfermedad de Huntington, el hipotiroidismo, el sindrome de Cushing, la enfermedad de Addison, el lupus eritematoso o la deficiencia de vitamina B12.

2.1.2. Disforia

Es una emoción no placentera, parecida al disgusto, a la incomodidad consigo mismo y con los demás. La palabra cotidiana más cercana a definirla quizás sea aburrimiento. Puede observarse en los trastornos depresivos y con frecuencia en quienes tienen un trastorno de personalidad limítrofe o borderline.

2.1.3. Anhedonia

Es la dificultad para experimentar placer y disfrutar de situaciones habitualmente consideradas agradables o en otras que previamente resultaban interesantes. A menudo asociada con depresión, también figura como uno de los síntomas negativos de la esquizofrenia y en el trastorno de personalidad esquizoide. Esta emoción hace que las personas se aíslen, muestren escaso interés en las relaciones interpersonales o en actividades grupales, prefieran la soledad y se vuelvan indiferentes.

2.2. Grupo de la alegría

2.2.1. Alegría

La alegría es una experiencia emocional asociada con la vivencia placentera y satisfactoria de los acontecimientos actuales y la confianza en la obtención inmediata o futura de algo bueno. Euforia, exaltación, hipertimia, afecto expansivo, humor elevado, felicidad, alborozo, júbilo, éxtasis, son palabras comúnmente usadas como sinónimos. La alegría cotidiana es agradable, se acompaña de una sensación de bienestar, de un aire de confianza y no induce modificaciones en el apetito o el sueño. Se asocia con aumento de la actividad física y de la socialización. Las ideas de optimismo y la sobrevaloración de sí mismo se hacen presentes confiriendo este tinte a las vivencias actuales y los recuerdos del pasado.

Su rango de intensidad es bastante amplio, desde ligera hasta marcada y profunda; y su duración abarca desde algunos segundos hasta meses, lo último en casos patológicos. La alegría es parte del repertorio emocional de los seres humanos, constituyendo una experiencia universal asociada con los triunfos, pero puede ser también una manifestación psicopatológica, situación en la que se denomina exaltación.

2.2.2. Exaltación

Además de lo anotado para la alegría cotidiana, se presenta disminución de la necesi-

dad de dormir, sensación de poseer mucha fuerza o energía, optimismo y sobrevaloración desmedidos que llevan a la persona a inmiscuirse en actividades sin sopesar los riesgos ni los problemas posteriores. La conducta se desinhibe y hasta puede mostrarse agresivo debido a que no acepta negativas ni desacuerdos. En ciertos casos, la exaltación recibe nombres más específicos. Por ejemplo, si es bastante intensa se denomina júbilo.

Dentro del espectro de lo patológico, la exaltación constituye el síntoma clave de los episodios maniacos. La alegría intensa y la sintomatología concomitante son de tal magnitud que ocasionan importantes dificultades en el desempeño laboral y social habitual. Con frecuencia se acompaña de síntomas psicóticos como ideas delirantes megalomaniacas, siendo necesaria la hospitalización en un gran número de casos.

La exaltación de los episodios hipomaniacos y del transtorno ciclitímico es menos intensa que en los maniacos. Lo mismo ocurre con la sintomatología acompañante, del tal modo que no afectan de manera importante el funcionamiento social y laboral. Incluso, en algunas ocasiones, hay un aumento en la productividad, al menos en etapas iniciales.

En ocasiones, la exaltación, es posible encontrarla como parte del cuadro clínico de los transtornos psicóticos. Esta alegría no tiene el colorido ni la gracia que adopta en los transtornos afectivos, pero se acompaña de ideas delirantes diversas, alucinaciones y desorganización del pensamiento, elementos útiles para hacer el diagnóstico diferencial.

Algunos pacientes con retardo mental moderado a profundo o con esquizofrenia residual o hebefrénica suelen mostrar sonrisas o risas estereotipadas pueriles y sin mayor motivación. Dichas manifestaciones no corresponden propiamente a un estado de ánimo alegre, por lo que es preferible describirlas, en el examen mental, en el aparte de actitud, como risas inmotivadas.

La exaltación afectiva puede constituir un efecto secundario de medicamentos como Bromocriptina, Cimetidina, Corticoides (incluyendo ACTH), Isoniacida, Levodopa, Metilfenidato, Opiáceos, Baclofén; estar asociada al consumo de alcohol, anfetaminas, cocaína, alucinógenos; o ser parte del cuadro clínico de una condición médica como la neurosífilis, esclerosis múltiple, neoplasias cerebrales, accidentes cerebrovasculares, enfermedad de Huntington, Sida, enfermedad de Wilson, enfermedad de Cushing, hipertiroidismo, deficiencias vitamínicas del complejo B, etc. Específicamente, cuando por alguna patología se afecta el lóbulo frontal puede presentarse una alegría insulsa denominada moria.

2.3. Grupo de la ansiedad

Para entender la ansiedad es indispensable referirse al peligro y al sistema de estrés. El organismo de un gran número de animales, incluido el hombre, está preparado para afrontar a diario diversos peligros. Con esta finalidad existe una compleja variedad de reacciones fisiológicas denominada respuesta al estrés. Es un mecanismo adaptativo que prepara a los animales y al hombre para luchar o huir.

Frente a un peligro, es necesario poner en acción los músculos estriados, disponer de cantidades apropiadas de energía y reaccionar con rapidez. Por este motivo, la irrigación sanguínea se dirige preferentemente a los músculos estriados, el cerebro y el corazón, disminuyendo a la vez en el sistema digestivo y el reproductor. Aumentan los niveles de glucosa en la sangre y también su producción. Hay taquicardia, hipertensión arterial, piloerección y midriasis. Disminuye la sensibilidad al dolor y se favorece el estado de alerta así como la conducta de vigilia. Las funciones que no son importantes en ese momento tales como la reparación y formación de nuevos tejidos, la alimentación y la conducta sexual y reproductora son postergadas.

La respuesta al estrés está diseñada evolutivamente para favorecer la supervivencia de los animales en un ambiente poblado por la amenaza de depredadores. Es masiva pero breve en duración, pues finaliza una vez el peligro desaparece. Cuando se mantiene por tiempo prolongado, desencadena el llamado sindrome de estrés crónico, caracterizado por hiporexia, pérdida de peso, hipogonadismo, depresión, inmunosupresión y ulcera péptica. En la respuesta al estrés existe también un componente psicológico constituido por las emociones de miedo y ansiedad.

2.3.1. Ansiedad

Habitualmente se usa como sinónimos: angustia, desesperación, desasosiego, etc. Es una experiencia asociada con la expectativa de un peligro no identificado con precisión ni claridad, pues cuando se logra identificarlo, esta emoción se denomina miedo o temor. En la ansiedad, la evaluación de los eventos circundantes puede resumirse como "ahora no sé qué hacer".

Es vaga, displacentera y se acompaña de manifestaciones somáticas como taquicardia, palpitaciones, opresión torácica, mareo, parestesias en las extremidades (hormigueo), temblor, sudoración, palidez facial, hipertensión arterial, molestias abdominales, urgencia urinaria, etc. Favorece el insomnio y la hiporexia. La conducta asociada es la inquietud y la vigilancia. En las funciones cognoscitivas, limita la capacidad de concentración y la posibilidad de organizar los pensamientos, distorsiona la percepción y, en la memoria, dificulta la evocación de los recuerdos, si bien en ocasiones puede favorecer la fijación marcada y persistente de éstos, especialmente si los estímulos ansiógenos

son de gran intensidad, como cuando está en riesgo la vida. Varía de forma importante tanto en intensidad como duración.

En la medida en que afrontar retos y riesgos es parte de la vida, y los conflictos son inherentes al psiquismo, la ansiedad se constituye en señal de alerta que avisa acerca de los peligros circundantes. En principio es adaptativa, está al servicio de la integridad física y psicológica de los humanos e incluso obliga a las personas a actuar y abandonar la pasividad. No obstante, por su intensidad, duración o contexto puede convertirse en patológica.

La ansiedad es el síntoma principal de un grupo de transtornos que reciben precisamente el nombre de transtornos de ansiedad. Entre otros figuran el trastorno de ansiedad generalizada, el transtorno por estrés agudo, el transtorno por estrés postraumático, así como las diferentes fobias, especialmente la social y la agorafobia. Más allá de esta caracterización, la ansiedad es una manifestación susceptible de ser encontrada en una buena parte de los trastornos del comportamiento, destacándose los depresivos, los psicóticos y los adaptativos.

Puede estar asociada con el consumo de sustancias, especialmente los simpaticomiméticos, cafeína, cocaína, anfetaminas, marihuana. Se observa en la intoxicación con mercurio, arsénico, organofosforados y benceno y en la abstinencia de alcohol y otras sustancias (opiáceos). Puede ser parte del cuadro clínico de enfermedades médicas como migraña, esclerosis múltiple, epilepsia, neoplasias cerebrales, hipoxia, arritmias cardiacas, alteraciones tiroideas, feocromocitoma, lupus eritematoso, hipoglicemia, sindrome carcinoide, porfiria, pelagra, etc.

2.3.2. Temor o miedo

Es una emoción desencadenada por la expectativa de peligro que representa un objeto o situación claramente identificados. Alguien observa una serpiente en su proximidad y experimenta un miedo que lo asocia claramente con el animal visto; lo mismo ocurre si un automóvil a alta velocidad intenta atropellarlo o un grupo de gente lo amenaza con armas. Casi todas las personas reaccionarían con temor en las situaciones anteriores. En otras ocasiones, cuando se vuela en avión, por ejemplo, sólo unos pocos experimentarán esta emoción y aún menos serán los que se muestren temerosos al mirar una fotografía de los planetas del sistema solar.

El temor es habitual en la vida cotidiana pero cuando toma ribetes llamativos es necesario preguntarse si hace parte de algún trastorno específico. El miedo es la manifestación clínica central de las fobias específicas. Si una persona tiene fobia a los perros, experimentará un gran temor en su proximidad y los evitará. Si la fobia es a la sangre, las inyecciones o procedimientos médicos, además del miedo existirá una preocupación adicional ante la posibilidad de desmayarse al presenciar una cirugía.

En los transtornos psicóticos, muchas ideas delirantes pueden acompañarse de miedo. Si alguien tiene ideas delirantes persecutorias, experimentará temor ante sus posibles perseguidores o enemigos. En ocasiones, la interpretación delirante autorreferencial de los eventos explica la emergencia del miedo. Por ejemplo, T.S., una mujer que padecía esquizofrenia, sintió gran temor cuando observó a alguien que llevaba corbata roja, color que consideraba símbolo inequívoco del diablo, a quien identificó como el portador de la corbata.

En el transtorno de personalidad por evitación, el miedo a la evaluación negativa por parte de los demás lleva a que la persona evite actividades que impliquen contacto interpersonal, incluso las de tipo laboral o académico. Algo parecido ocurre en la fobia social, pero en este caso el miedo surge ante la posibilidad de que las situaciones sociales resulten embarazosas.

2.3.3. Pánico

Es un ataque episódico, agudo e intenso de ansiedad asociado con experiencias descritas como miedo a morir, a perder el control, a volverse loco, a tener un infarto, etc. Se acompaña de manifestaciones somáticas como palpitaciones, sudoración, temblor, opresión torácica, sensación de ahogo, náuseas, mareo y dificultad para tragar. Estos ataques, también denominados crisis de angustia, son la característica principal del transtorno de pánico, pero pueden también encontrarse en la fobia social, las fobias específicas, el transtorno por estrés agudo y el transtorno por estrés postraumático. En el transtorno de pánico, aunque algunas crisis pueden estar relacionadas con situaciones determinadas, siempre se encontrará otras totalmente inesperadas y sin asociación con factores desencadenantes ambientales.

2.4. Grupo de la irritabilidad

2.4.1. Ira

Son sinónimos: Irritación, rabia, enfado, furia, enojo, encono, etc. Este grupo lo entendemos mejor en el contexto de la frustración. Cuando se sufre alguna frustración y se la vivencia como injusta, arbitraria o ilegítima, se experimenta ira y con facilidad se despliega una conducta agresiva. Desde luego, la frustración no siempre va seguida de agresividad; en algunas personas se acompaña preferentemente de tristeza, resignación o impotencia.

La ira es displacentera y cuando es intensa se acompaña de hiporexia y dificulta la conciliación del sueño. Cognoscitivamente se caracteriza por la presencia de ideas y fantasías agresivas hacia otros. Se planea el ataque y se imagina con placer su consumación

La agresividad tiene como objetivo causar daño a un organismo, a un sucedáneo de un organismo (el objeto más preciado de una persona) o a un objeto (cuando se le confiere carácter animado). El niño experimenta ira cuando se golpea con una silla porque le reconoce a ésta la capacidad de tener deseos.

La ira y la agresión subsecuente se acompañan de cambios similares a los descritos en la respuesta al estrés. La diferencia radica en al urgencia subjetiva de atacar, de agredir y en la expresión facial y corporal concomitantes. Cuando la ira se desata del todo, tarda en calmarse, especialmente si la persona enfurecida no puede emprender la enérgica acción física de ataque para la que su cuerpo se ha preparado. Por este motivo no desaparece tan pronto cesa la situación precipitante. En otras palabras, es fácil desencadenarla pero difícil y lento apaciguarla. Aunque muchas veces se la condena de entrada y se la connota negativamente, no se puede soslayar su importancia como fenómeno psicológico de la vida cotidiana.

En ocasiones, debido a su intensidad, a la persistencia en el tiempo o a lo llamativo y extraño de los factores que la desencadenan, se convierte en patológica. En semiología, se prefiere usar el término irritabilidad en estos casos.

2.4.2. Irritabilidad

Hay varias modalidades de presentación de la irritabilidad: 1- La persona se molesta y con facilidad experimenta ira. 2- La ira es más intensa de lo esperado y desproporcionada con respecto a los factores desencadenantes. Es el caso de alguien que se torna iracundo cuando encuentra una palabra borrosa en el libro que lee, lo rompe y arroja al piso. 3- Aparece en circunstancias inapropiadas. 4- Está dirigida a personas cuyas conductas no han contribuido a desencadenarla, como el que se enoja ante el portador de una noticia desagradable. .

La irritabilidad es un síntoma de muchos transtornos mentales. En los transtornos psicóticos, cuando se presentan con ideas delirantes autorreferenciales y persecutorias, es muy factible encontrar esta emoción; explicada por el paciente como la reacción ante el daño que tratan de propinarle sus perseguidores y enemigos.

En los episodios maniacos la emoción habitual es la exaltación; sin embargo, en su ausencia, la irritabilidad puede aparecer como el afecto predominante. También puede hacerse presente cuando el paciente es contrariado, no es complacido o secundado en sus propósitos.

En quienes tienen un trastorno de personalidad antisocial, limítrofe, paranoide y narcisista, la irritabilidad aparece con frecuencia. El antisocial, quien además no experimenta culpa, pasa con más facilidad a la conducta agresiva, mientras el narcisista es

más exitoso en controlarla. La irritabilidad está igualmente asociada al retraso mental, transtornos de conducta de la infancia y la adolescencia, transtorno explosivo intermitente, delirium, demencia e incluso depresión. También con algunas sustancias como alcohol, anfetaminas, cocaína y basuco.

2.5. Grupo de la insuficiencia

La expresión facial y corporal de las emociones se puede fingir. Las plañideras desempeñan con tal maestría su papel que confunden a los asistentes a los sepelios, quienes las toman por familiares del difunto. En cambio, es difícil imaginar alguna persona incapaz de experimentar emociones. Al intentarlo, nos encontramos con imágenes de robots o de "zombis", pero difícilmente de humanos.

Existe un grupo de alteraciones del afecto que se caracteriza precisamente por una respuesta emocional que va desde escasa hasta nula.

2.5.1. Constreñido o restringido

Se caracteriza por la disminución en el rango e intensidad de la expresión emocional, si bien por momentos se hacen evidentes afectos claramente desplegados como la alegría o la tristeza. No necesariamente tiene connotación psicopatológica. Puede encontrarse en quienes poseen rasgos de personalidad obsesivos y esquizoides.

2.5.2. Embotado

Es igual que el anterior, pero se prefiere este término cuando la causa es la acción de medicamentos, sobre todo los psicoactivos. Se acompaña por lo general de expresión facial de somnolencia. Las Benzodiazepinas, especialmente en dosis altas, y los antipsicóticos son los medicamentos más frecuentemente asociados con el embotamiento. Los últimos no sólo por el efecto inductor del sueño que poseen sino también por el parkinsonismo que pueden desencadenar.

2.5.3. Insuficiente

Disminución en la intensidad de la expresión emocional. En las personas afectadas, incluso cuando están en presencia de factores desencadenantes de alegría, tristeza o ira, sus emociones se aprecian opacadas, poco intensas. Constituye uno de los síntomas negativos de los transtornos psicóticos, especialmente la esquizofrenia.

2.5.4.Plano

Se denomina así a la ausencia de expresión emocional; y si la hay, sus manifestaciones son mínimas. El rostro es inexpresivo y la voz monótona. El entorno pierde todo interés y la persona se observa ensimismada y aislada. Se halla preferentemente en la esquizofrenia residual y en la desorganizada o hebefrénica.

2.6. Grupo de varios

2.6.1. Labilidad

Se caracteriza por la variación o fluctuación abrupta y por lo general intensa en la expresión emocional. Se pasa con facilidad de la alegría a la tristeza y viceversa. Puede ocurrir sin que haya factor desencadenante alguno, si bien la mayoría de las veces obedece a pequeños cambios en el tema de conversación. Por ejemplo, T.S. era una mujer de 40 años que inicialmente se observaba contenta. Al preguntarle sobre sus diversiones, respondía que veía una telenovela donde la protagonista era una campesina e inmediatamente empezaba a llorar. Segundos después, explicaba que la campesina se casaría con el galán; momento en que su rostro expresaba alegría y reía estrepitosamente para después volver a llorar cuando reconocía los múltiples tropiezos que afrontaría la protagonista hasta el final de la historia. La labilidad se presenta preferencialmente como parte de los transtornos psicóticos y en los episodios mixtos de los transtornos afectivos bipolares.

2.6.2. Explosiones afectivas

En la parálisis pseudobulbar los pacientes pueden reír o llorar, o ambos a la vez, sin experimentar subjetivamente tristeza, alegría o estar expuestos a algo gracioso o triste. A diferencia de la expresión emocional normal, estas explosiones son estereotipadas y no tienen grados diferentes de intensidad. En algunos textos, dicha manifestación toma el nombre específico de afecto pseudobulbar.

2.6.3. Ambivalencia

Se caracteriza por la presencia simultánea de dos emociones, ambas relacionadas con la misma persona, objeto o evento. Se puede estar alegre y triste a la vez por la llegada de alguien a quien se ha dejado de ver por mucho tiempo. Aunque no se ha mencionado el amor y el odio como afectos, quizá el mejor ejemplo de ambivalencia lo constituyen las relaciones de pareja marcadas por esa diada. Si la ambivalencia es notoria e intensa constituye una manifestación psicopatológica; no obstante es muy frecuente hallarla matizando las experiencias de la vida cotidiana.

2.6.4. Afecto pueril

La modulación afectiva es pobre, destacándose la presencia casi constante de sonrisas escasamente motivadas acompañadas de una expresión facial tonta. Se observa en personas con retardo mental, sobretodo moderado a profundo, y en quienes sufren esquizofrenia hebefrénica o desorganizada.

2.6.5. Alexitimia

Es la incapacidad o dificultad para expresar y darse cuenta del estado de ánimo o de las propias emociones. La expresión emocional no ha sufrido menoscabo alguno; las per-

sonas pueden mostrarse alegres, tristes o iracundas ante los demás, pero ellas mismas no logran captar sus emociones y mucho menos hablar de ellas. En otras palabras, a pesar de poseerlos, no es posible observarse a sí mismo como un ser dotado de afectos.

Una alteración parecida se ha encontrado en personas con lesiones en el hemisferio derecho, quienes tienen dificultades para reconocer la expresión facial de las emociones. Se ha propuesto que este hemisferio contiene un almacén de íconos emocionales faciales prototipos o de representaciones emocionales faciales que permiten identificar, mediante la observación de los rostros, las emociones de los demás.

2.6.6. Afectos mixtos

Aunque hemos hablado de afectos relativamente puros, no es extraño encontrar, en la vida diaria y en la clínica, afectos mixtos. 1- Puede presentarse una mezcla de dos o más emociones, tal como ocurre con la tristeza y ansiedad en una buena cantidad de cuadros depresivos. 2- En otros casos, existe un primer afecto de mediana o poca intensidad sobre un segundo llamado de fondo. Es lo que se observa en personas con esquizofrenia, cuyo afecto de fondo es insuficiente aún cuando estén bastante deprimidos. 3- También puede presentarse un afecto de fondo sobre el cual se manifiesta otro durante algunos instantes. Por ejemplo, alguien deprimido y con afecto triste de fondo se mostrará irritable en ciertos momentos, sobre todo cuando se aborda algún tema que lo incomode.

Cuando se esté frente a alguna de las situaciones anteriores, en el examen mental se puede escribir: 1- Afecto caracterizado por una mezcla de tristeza y ansiedad. 2- Afecto triste sobre un fondo insuficiente. 3- Afecto de fondo triste con momentos de irritabilidad intensa cuando se le habla acerca de los motivos de la hospitalización.

2.7. Estados psicológicos susceptibles de ser considerados emociones

Existe un grupo bastante grande de estados psicológicos cuyo estatus se encuentra en discusión. Según algunos, se trata de verdaderos afectos o emociones. Para otros, son fenómenos más complejos conformados por emociones, pensamientos y tendencias conductuales. La curiosidad, la envidia, los celos, la vergüenza, la culpa, el amor, el odio, la ambición, el escepticismo y el egoísmo son algunos ejemplos.

La culpa aparece cuando se hace algo que es valorado como malo de acuerdo con la propia escala de valores. En la culpa se observa tendencia a la tristeza acompañada de un componente ideacional: infravaloración (sentirse menos que los demás por lo hecho) y necesidad de aparecer ante sí mismo y ante los otros como una persona recta en sus actuaciones.

Los celos implican, además de la experiencia subjetiva propia, toda una serie de pensamientos y fantasías consigo mismo, con la pareja y con un tercero. Se ponen en juego la autoimagen, la autoestima, las evaluaciones y valoraciones de la pareja, de la tercera persona que entra en escena y de la potencial relación amorosa que pueda surgir entre ellos. En quienes los celos se vuelven parte la vida diaria, incluso terminan por convertirse en una tendencia interpretativa del mundo.

Por ahora, para estos fenómenos psicológicos complejos, no hay unanimidad en cuanto a clasificarlos como emociones. Seguramente la investigación en ciencias cognoscitivas arrojará mayor luz al respecto en los años venideros.

Pensamiento

1. ¿QUÉ ES EL PENSAMIENTO?

Según Jerome Fodor, hay un paralelismo entre algunos estados mentales, las creencias y los deseos entre otros, y determinadas propiedades de los símbolos. Desde hace unos 300 años, inicialmente con Hume y Kant, se ha desarrollado lo que se conoce como la idea de la "Idea". Esto es, se postula la existencia de símbolos mentales. El pensamiento y el procesamiento cognoscitivo en general corresponden al despliegue de estos símbolos de una manera organizada: a un lenguaje. No conocemos muy bien qué clase de símbolos maneja el pensamiento, pero sabemos que sirven para expresar la clase de cosas que los humanos podemos creer. Esos símbolos obedecen a lenguajes lógicos de los que nosotros no tenemos conciencia y que son desconocidos para la ciencia actual. Pensamos en qué camino tomar para llegar de un lado a otro de la ciudad y finalmente escogemos una ruta, pero no somos concientes de la infinidad de procesos cognoscitivos que hemos utilizado para hacer dicha elección.

En el presente capítulo, con el fin de simplificar el problema y para fines prácticos de la semiología psiquiátrica, equiparamos pensamiento y discurso, y evaluamos al primero preferentemente a través del segundo. De otra parte, cuando utilizamos el término idea nos referimos tanto a las palabras que componen una oración como a las oraciones que constituyen un discurso.

2. LÓGICA Y PENSAMIENTO

Entre los lenguajes existentes hay algunos, denominados formales, cuya característica principal es el énfasis en la forma y la falta de importancia del contenido. El ejemplo más representativo son las matemáticas. En aritmética 2 más 3 es igual a 5 sin importar el contenido de los números. 2 naranjas más 3 naranjas son 5 naranjas y 2 dinosaurios más 3 dinosaurios son 5 dinosaurios. Ambas sumas son correctas, independientemente de que actualmente existan naranjas pero no dinosaurios. Lo que interesa es que la operación respete las reglas establecidas, no su contenido.

La lógica es también un lenguaje formal. Obtiene conclusiones necesarias a partir de un determinado conjunto de axiomas (o postulados), y la validez de las inferencias no depende de ninguna interpretación particular que pueda atribuirse a los postulados, sino de la

obediencia a las reglas establecidas. La cuestión no es si los postulados o las conclusiones que se deduce de ellos son verdaderos, sino si las conclusiones son consecuencias o inferencias lógicamente necesarias de los supuestos iniciales (del punto de partida).

La lógica no es igual a la verdad, es una herramienta para guiar nuestros pensamientos, sumamente útil en el proceso de obtener información del mundo, pero no se constituye en el juez que dictamina lo verdadero o falso. La historia de la psiquiatría contiene innumerables ejemplos de propuestas teóricas cuyas inferencias hoy en día consideramos falsas. La teoría de los humores y la frenología fueron aceptadas durante largo tiempo como explicaciones válidas acerca de los trastornos mentales, y aunque actualmente no tienen cabida en la ciencia, en su época, y gracias al tejido de razonamientos lógicos a su alrededor, sus conclusiones fueron consideradas verdaderas.

La lógica no necesariamente va de la mano del sentido común. Se suele creer que lo aceptado intuitivamente es lógico y lo no aceptado ilógico, pero no es así. No hay que confundir el valor de verdad de una proposición con lo intuitivamente evidente en nuestro mundo empírico. Si digo que al soltar los objetos desde una altura éstos flotan libremente, muchas personas se apresurarán a decir que éste es un enunciado ilógico, pues los objetos siempre caen y eso es obvio. En esta réplica, se equipara lo evidente intuitivamente con lo lógico, lo que no es cierto. La anterior proposición puede ser verdadera o falsa dependiendo de las circunstancias. Si la prueba se realiza en una nave espacial en órbita alrededor de la tierra, será verdadera, lo contrario si el objeto se suelta en la tierra y a nivel del mar.

La ciencia actual incluso comienza a cuestionarse si los modelos basados en el sentido común son adecuados para entender fenómenos complejos. Así lo expresa John Maddox al analizar la genética: *"en genética se habla de la 'función' del gen que se acaba de descubrir. Pero ¿y si la mayoría de los genes del genoma humano, o al menos las proteínas que determinan, tuvieran más de una función o incluso funciones antagónicas?. En este caso, la descripción en lenguaje común de los fenómenos celulares sería equívoca o no tendría sentido"*. Igual intuición menciona Weinberg con respecto a la física: *"La teoría cuántica de campos está muy limitada por principios relativos a la naturaleza del espacio-tiempo tetradimensional que se han incorporado a la teoría de la relatividad especial. La cuestión es cómo obtendremos las ideas necesarias para reformular una teoría fundamental cuando esta teoría tiene que describir un reino donde todas las intuiciones derivadas de la vida en el espacio-tiempo resultan ser inaplicables"*.

La lógica aristotélica es muy importante para entender el pensamiento, pero lleva en sí importantes limitaciones. Sus grandes principios no son útiles en casos de conceptos vagos y situaciones difusas. Es allí cuando se hace necesario utilizar una lógica distinta,

una lógica que admita contradicciones o una que también permita lagunas.

En la psiquiatría tradicional se ha propuesto la existencia de una lógica diferente como característica del pensamiento de las personas con ideas delirantes, la denominada paleológica. El principio de Von Domarus es el formalismo más conocido de esa paleológica y se enuncia de la siguiente manera: la persona normal acepta la identidad solamente sobre la base de sujetos idénticos, mientras quien piensa con paleológica acepta la identidad basada en predicados idénticos. Para sorpresa de muchos, al contrastar la ciencia y el pensamiento psicótico, se ha encontrado que muchos razonamientos de la ciencia corresponden a la estructura formal del principio de Von Domarus, mientras una buena cantidad de ideas delirantes francas no lo cumplen y se ajustan perfectamente a las reglas del silogismo aristotélico, lo que nos lleva a concluir que el citado principio no sirve para diferenciar el pensamiento psicótico del no psicótico. La mayoría de las ideas delirantes son lógicas, ya lo sabía Shakespeare cuando por boca de Polonio, al comentar el pensamiento de Hamlet, decía: *"aunque todo es puro delirio, no deja de haber ilación en ello"*.

Para resumir, la lógica aristotélica, piedra angular para entender el pensamiento según algunos textos de psiquiatría, sólo indica un camino, no garantiza la verdad, no equivale al sentido común ni permite diferenciar el denominado pensamiento psicótico del normal, por lo que recomendamos dejar de usarla en el estudio semiológico del pensamiento y mucho menos dividirlo en lógico (normal) e ilógico (psicótico).

Más bien, si se quiere profundizar en los formalismos del pensamiento recomendamos el estudio de las nuevas lógicas, las que abordan temas tan importantes como las contradicciones, el contexto del uso de los lenguajes ordinarios, la posibilidad, la necesidad, la contingencia, los valores intermedios entre lo verdadero y lo falso, etc. Las nuevas lógicas han facilitado estudiar aspectos del pensamiento que la lógica aristotélica no contempla y han ampliado los conceptos sobre el mundo. Según la lógica aristotélica, con sus únicos valores de verdadero y falso, cuando hay contradicciones, el único camino es eliminarlas. Aplicado esto al psiquismo, conlleva la imposibilidad de entender fenómenos tan frecuentes e importantes como la ambivalencia. En cambio una de las nuevas lógicas, la paraconsistente, se interesa precisamente en las contradicciones no para eliminarlas sino para conocerlas y estudiarlas como parte constitutiva del mundo.

Se dice también que aquello que no es susceptible de ser entendido con la lógica aristotélica corresponde a formas arcaicas de racionalidad. La racionalidad "evolucionada" (la aristotélica) contempla el mundo en términos de verdadero o falso. Pero vale la pena preguntarse si pensarlo en valores intermedios de verdad, admitirlo con contradicciones, considerar que la verdad es cambiante a lo largo del tiempo ¿no es más que una forma primitiva de pensar?

3. PENSAMIENTO MÁGICO

Desde el siglo XVI, cuando los europeos comenzaron a explorar regiones del mundo distintas a su continente, se encontraron con grupos humanos cuyos hábitos y costumbres eran notablemente diferentes de los suyos. Se llegó a discutir si se trataba de seres humanos y si poseían alma, lo que favoreció su esclavitud y exterminio. En el siglo XIX apareció la teoría de la evolución de Darwin y Wallace y pronto se conjeturó que los grupos no occidentales ("salvajes" o "primitivos" como se los denomina con frecuencia) representaban etapas previas del desarrollo humano. Hasta se creyó que al conocer su forma de pensar y actuar podía reconstruirse la mente primitiva. Dado que estos grupos otorgaban particular importancia a la existencia de espíritus diferentes a los del cristianismo y dotaban de características humanas a los elementos de la naturaleza, se denominó mágico a su pensamiento.

En el mismo siglo, Haeckel propuso que la ontogenia recapitula la filogenia, dando lugar a que se equiparara el pensamiento mágico o primitivo con el infantil. La psiquiatría utilizó esos conceptos y postuló que los psicóticos sufrían algo parecido a una regresión evolutiva que los llevaba a pensar el mundo en términos mágicos como lo hacían los "primitivos". Incluso se habló de reglas de pensamiento totalmente distintas entre los adultos normales y civilizados, de un lado, y los pacientes psicóticos, los niños y los "primitivos" del otro. Se terminó estableciendo un paralelismo cognoscitivo entre estos tres últimos.

Las pruebas en contra de esta perspectiva son abrumadoras y, al menos, los antropólogos y biólogos evolucionistas ya no piensan que la mente primitiva sea igual a la del niño y tampoco ven al hombre no occidental como un fósil viviente predecesor del occidental. Los denominados "salvajes" o "primitivos" viven en un medio complejo, a menudo hostil, en el que a diario afrontan y resuelven exitosamente, de manera eficiente y elegante, infinidad de problemas. La magia de los espíritus, fuerzas y lugares que pueblan su entorno no es sinónimo de limitaciones psíquicas, tan sólo expresa una actitud distinta ante el mundo (cosmovisión). Cuando los antropólogos comenzaron a tener contacto más estrecho con los pueblos no occidentales, el mito de la mente evolutivamente primitiva se derrumbó. Malinowski, en sus estudios en Trobriand encontró que la "magia" y el "pensamiento racional" no se excluyen, pues la gente por él estudiada construía sus canoas lo mejor posible, se aseguraban de su navegabilidad y después interpretaban cánticos sobre ella tanto tiempo como les fuera posible con el fin de atraer la buena suerte.

No hay diferencia alguna entre alguien que lee el horóscopo en un periódico antes de tomar una decisión importante y un griego de hace más de dos mil años que consultaba el oráculo de Delfos. Los adornos para atraer la buena suerte son comunes en todas los grupos humanos, aunque a primera vista sean más aceptados en el antebrazo de una

adolescente occidental que en la cabeza de un cazador de Africa. Se encuentra elementos mágicos en todas las sociedades y épocas, pero esos elementos no hacen parte, y mucho menos son exclusivos, de los mecanismos psicopatológicos del pensamiento sino de la cosmovisión adquirida al vivir dentro de una cultura y época determinadas. Si se quiere, el pensamiento mágico es patrimonio del funcionamiento cognoscitivo de los seres humanos y no una característica distintiva de los niños, los primitivos y los pacientes psicóticos.

4. ¿CÓMO SE EVALUA EL PENSAMIENTO?

Al igual que en las demás áreas del examen mental, la evaluación del pensamiento se realiza desde el primer contacto que se tiene con otra persona. El lenguaje verbal es la principal vía para conocer el pensamiento, pero toda la conducta sirve a este propósito. Si alguien permanece absolutamente quieto, no pronuncia palabra alguna y se niega a recibir alimentos, nos preguntamos qué piensa para que se comporte de esa manera e imaginamos algunas posibles respuestas que corresponden a hipótesis acerca del contenido de su pensamiento. De manera similar, cuando dudamos de las razones expuestas por las personas para explicar su comportamiento, asumimos qué también hay otras, no expresadas verbalmente, pero susceptibles de ser inferidas a partir de su conducta no verbal. Procedemos entonces a elaborar conjeturas sobre lo que están pensando.

Algunas veces será necesario formular preguntas específicas encaminadas a conocer la existencia de ciertas ideas en particular. Las preguntas deben ser neutrales pero dirigidas e explorar el aspecto de interés. Por ejemplo al investigar ideas delirantes persecutorias se puede preguntar: ¿ha sentido que otras personas quieren incomodarlo, molestarlo o están en su contra?. Si se investiga ideas de grandeza se pregunta: ¿tiene algún poder, don o habilidad especial?, ¿siente que está destinado a conseguir grandes metas?

5. SEMIOLOGÍA PSICOPATOLÓGICA DEL PENSAMIENTO

La semiología del pensamiento puede dividirse en dos grandes capítulos: curso y contenido. En el curso se incluyen la velocidad y la asociación existente entre las ideas, mientras el contenido abarca el tipo de ideas presentes y su temática específica. En algunos textos se menciona como un capítulo adicional el origen del pensamiento y se divide de diversas maneras, entre ellas, mágico, autista, dereísta, animista, etc. No hay evidencias razonables para estas consideraciones y las categorías utilizadas no tienen ningún elemento vinculante entre sí, por lo que es preferible omitir lo relacionado con el origen.

5.1. Alteraciones en el curso

5.1.1. Alteraciones en la velocidad

El pensamiento tiene una "velocidad" que permite enlazar apropiadamente las ideas con el objeto de explicar y comprender el mundo.

5.1.1.1. Taquipsiquia. Pensamiento más rápido de lo habitual. Llevado al extremo se denomina fuga de ideas. En este último caso, la velocidad es tan rápida que se pasa de una a otra oración prácticamente sin haberlas completado, estando por tanto comprometidos el curso y la asociación de ideas a la vez. La taquipsiquia se observa en manía, hipomanía y en algunos episodios de trastornos psicóticos.

5.1.1.2. Bradipsiquia. Pensamiento lento. Se presenta en la depresión, retardo mental, parkinsonismo, como secuela de accidentes cerebrovasculares y en los estados de somnolencia o confusión.

5.1.1.3. Bloqueo o interceptación del pensamiento. Interrupción del flujo de ideas antes de que se haya logrado llegar a un objetivo o se pueda comunicar adecuadamente lo pensado. Se encuentra en la depresión y en algunos trastornos psicóticos.

5.1.2. Alteraciones en la asociación de las ideas o desorganización del pensamiento. Dado que el pensamiento trabaja con símbolos, estos tienen un orden y una función y obedecen a ciertas reglas. Igual ocurre con las palabras de una oración o las oraciones de un discurso. Es difícil imaginar una oración sin un verbo o un discurso sobre neurofisiología en el que las conclusiones se obtengan luego de discutir solamente la fisiología renal. La combinación adecuada de las palabras y las oraciones permite que finalmente el proceso de pensamiento sea útil y favorezca la comprensión del mundo, la anticipación de nuevos hechos y la comunicación con los demás. Sin embargo, en ocasiones, el orden se ve comprometido dando lugar a las llamadas alteraciones en la asociación de ideas o desorganización del pensamiento, grupo de síntomas considerado como psicótico en el actual DSM IV, si bien no es exclusivo de este tipo de trastornos.

5.1.2.1. Circunstancialidad o prolijidad. El discurso es impreciso, a menudo superficial, lleno de divagaciones, evasivas y detalles poco importantes, tanto que con frecuencia se vuelve al punto de partida sin lograr comunicar lo que se desea o hacerse entender por los demás. Quizá un buen ejemplo lo constituye la manera de hablar de los personajes representados en el cine por Cantinflas, el humorista más conocido de Latinoamérica.

P.V. explicaba sus malas calificaciones en los exámenes de la siguiente manera:

"No es que yo no estudie, sino que a veces el estudio es un poco difícil y la dificultad hace que uno se demore más y no pueda estudiar todo lo necesario para presentar los exámenes. Como el estudio se complica, se necesita más tiempo, y como no hay suficiente tiempo no se alcanza a estudiar todos los temas, mucho menos los difíciles, por lo que es cuestión de tiempo y no de estudio aquello de mis calificaciones".

La circunstancialidad se presenta en situaciones cotidianas como cuando en medio de gran ansiedad se intenta responder un reclamo airado. Puede ser parte del funcionamiento cognoscitivo habitual de alguien y constituir un rasgo de su personalidad y hasta representar un elemento más dentro de un cuadro psicótico.

5.1.2.2. Asociación laxa de las ideas. En el discurso, la ilación, es decir la relación entre una y otra idea, pierde el orden adecuado, se vuelve laxa. Las ideas expresadas por el afectado permiten entender medianamente su discurso y seguir la historia que narra, pero será necesario un esfuerzo activo por parte del interlocutor para organizar las partes y darle coherencia a lo escuchado. Hay muchos grados de laxitud en la asociación de ideas, desde algunos muy sutiles, sin implicaciones psicopatológicas, tal como ocurre con las explicaciones que brinda un estudiante ansioso en un examen oral, hasta extremos que limitan con la incoherencia.

U.Z. un hombre de 23 años decía:

"Uno se da cuenta de las cosas que debe hacer bien pero no es posible; se interponen, se interponen. Ya son muchos meses. Vienen en la noche, dicen cosas y molestan. Ya no estudio derecho. Es difícil leer libros tan grandes y largos y uno debe servir a los buenos porque de lo contrario se expone a que le pasen cosas y le impidan hasta dormir".

En el ejemplo, se alcanza a entender una historia relacionada con el acoso que vive U.Z. por parte de terceros, pero la ilación entre las oraciones no es totalmente clara y exige un esfuerzo para comprender la historia relatada.

En algunos casos, la asociación se establece de manera curiosa, como sucede en la asociación por consonancia, caso en el cual el paciente relaciona una oración o un discurso con otro al escuchar palabras con semejanzas fonéticas. Por ejemplo, Y.W. al relatar el trayecto recorrido para llegar al hospital decía:

"Tomamos un bus que venía rápido. Parecía una luz de esas de la empresa de energía. Si, sí, presa como una presa de pollo, no de paloma. Coma, coma, no sea que caiga en coma".

5.1.2.3. Incoherencia o disgregación. La laxitud en la asociación de las ideas es extrema y no es posible organizar ningún discurso o entender historia alguna. La ilación

entre las oraciones se ha perdido y las construcciones son inapropiadas. Y.N., una mujer de 28 años al preguntarle cómo se sentía, respondía:

"Explíqueme por qué los zapatos son largos. ¿Usted cree que debo pasar una hoja de vida? No me gustó el almuerzo, pero más tarde llueve y mi madre no puede olvidarse de ver la telenovela. ¿Es cierto que ya cambiaron de año y que después del lunes va a seguir el jueves? Teníamos cita en la fiesta. Está callado y como cercano a las montañas, ¿no le parece?"

5.1.2.4. Fuga de ideas. La fuga de ideas es una alteración tanto en la velocidad como en la asociación de ideas. Se trata de taquipsiquia acompañada de asociación laxa de ideas. Se presenta en la manía severa y en algunos trastornos psicóticos.

5.1.2.5. Ensalada de palabras. Es el grado extremo de las alteraciones en la asociación de las ideas. La persona pronuncia palabras sueltas, no construye oración alguna y muchos menos un discurso o una historia. O.J. al preguntarle su edad respondía: *"cuento, mesa, nada, ahora, siempre, zapato, canciones, verde, mono, todos, boleta, días, faena, balas, flores, etc"*.

5.1.2.6. Verbigeración. Consiste en la repetición monótona, por lo general con bajo volumen, de frases, palabras y hasta sílabas. Se encuentra con frecuencia en quienes presentan el tipo hebefrénico o desorganizado de esquizofrenia. A ellos, además, se los observa distantes, ensimismados y descuidados en su aseo y arreglo personales. U.D. decía constantemente*: "vivan los flacos, vivan los flacos, vivan los flacos..."*

5.1.2.7. Respuestas tangenciales e irrelevantes. Durante una conversación esperamos que las respuestas de nuestro interlocutor hagan referencia o sean atinentes a las preguntas que formulamos. Cuando la respuesta no tiene relación temática alguna con la pregunta se denomina irrelevante y cuando la relación es distante recibe el nombre de tangencial. Ejemplo: Al preguntarle a dos pacientes en qué trabajaban, sus respuestas fueron: en el primer caso*: "arrepiéntase que el mundo se va a acabar"* (irrelevante) y en el segundo: *"sigo la Biblia y me gano el pan con el sudor de la frente"* (tangencial).

5.1.2.8. Neologismos. Palabras nuevas, algunas veces totalmente inéditas, en otras ocasiones creadas a través de la condensación o combinación de otras palabras y utilizadas para describir experiencias psíquicas particulares difícilmente expresables con el léxico habitual. Un paciente mencionaba haber visto varias nubes que desprendían una brillante luz y las llamaba *nubaroles*. Otro se refería a sus perseguidores como *venudrilos* pues los veía con forma de cocodrilos pero eran seres provenientes de Venus.

5.2. Alteraciones en el contenido

No hay un pensamiento normal en lo referente al contenido. El pensamiento puede abordar cualquier temática y lo hace creando desde las grandes obras del arte, la filosofía y el conocimiento hasta ideas absolutamente inentendibles. El principio y fin del universo es uno de los temas de mayor investigación y controversia en la cosmología actual, pero también es motivo de divagaciones de más de una persona con graves trastornos psicóticos a quien es posible verla en la calle con anuncios sobre el fin del mundo. El concepto de evolución de la vida ha cambiado no sólo la biología sino hasta la política, pero fue igualmente utilizado por el guía de una secta para convencer a sus seguidores de suicidarse y pasar el siguiente estado evolutivo en el nuevo ambiente de un cometa. Enmarcar los contenidos como normales y anormales, de buenas a primeras, y sin mayor crítica ni reflexión, es limitar la gama de pensamientos y cosmovisiones; tan sólo se puede mencionar la existencia de algunas alteraciones y aún así en muchos casos harto discutibles.

5.2.1. Ideas delirantes

Son creencias basadas en experiencias psíquicas complejas por lo general extrañas, intensas y poco habituales. Su propietario está totalmente convencido de su veracidad a pesar de que nadie las comparta. Las defiende con vehemencia y rechaza, desvaloriza o desestima totalmente los argumentos y evidencias en su contra. Estas creencias motivan o generan actos de conducta, muchas veces extraños, pero consistentes con la convicción que le brindan a su poseedor. Todo ello favorecido por la pobreza de crítica introspectiva que las acompaña

Por ejemplo, T.C., un hombre de 38 años, después de leer varios libros de ficción sobre extraterrestres y soñar algunas pesadillas, comenzó a decirle a su esposa y otros familiares que los marcianos lo querían matar y estaban espiándolo contantemente con el fin de encontrar el momento propicio para eliminarlo. Decidió no pasar cerca de parqueaderos porque –según él- allí se escondían los marcianos y era el lugar escogido para matarlo. El ejemplo sirve para analizar las características generales de las ideas delirantes. T.C. creía que los marcianos deseaban matarlo. Hubo varios factores, como la lectura de libros sobre extraterrestres y las pesadillas, que lo llevaron a esa conclusión, pero fue más importante su experiencia extraña e intensa de gran cercanía física y temor a la agresión por parte de seres que, aún sin percibirlos mediante los sentidos, identificó como marcianos. Aunque las personas que lo rodeaban no le concedían veracidad alguna a esta creencia y le mostraban libros y películas que indicaban que no había seres inteligentes en Marte, T.C. rechazaba, desestimaba y desvalorizaba todos los argumentos y hechos contrarios a su convicción. Finalmente, tomar precauciones para que no lo maten fue un acto de conducta motivado o generado en dicha creencia, pero al no tener una crítica introspectiva adecuada, no captaba lo absurdo de sus reacciones ni lo extraño de sus ideas.

Las creencias que tiene alguien están estrechamente relacionadas con la sociedad en que vive. Es allí donde son aceptadas como verdaderas, o al menos posibles, por los miembros del grupo. Por este motivo, es necesario analizarlas y observar si reúnen todas las características de una idea delirante antes de considerarlas como tales. Se da el caso de muchas personas que creen en los poderes de la brujería y buscan practicantes para que les resuelvan sus problemas. Esa creencia no constituye una idea delirante si no se acompaña de otras características como la renuencia a considerar argumentos y hechos en su contra, de la conducta derivada de la misma y de la absoluta convicción en su verdad.

Existen creencias que son juicios de valor, en cuyo caso se consideran ideas delirantes solamente si, además de las características generales anotadas, son tan extremas que desafían cualquier posibilidad de credibilidad. Si alguien en la cultura occidental cree en la superioridad de una determinada religión y afirma que los practicantes de las demás deben morir, el carácter extremo de tal juicio es una de las característica adicionales que llevarán a considerarla como idea delirante.

Algunas ideas delirantes son improbables e incomprensibles a partir de experiencias cotidianas, a ellas se les denomina bizarras o extravagantes. Por ejemplo, la creencia de que el propio cuerpo está constituido por órganos extraídos de diferentes personas o la de que alguien introduce pensamientos en la mente de uno y lo controla son improbables en la realidad e imposibles de inferir a partir de las experiencias de la vida diaria. En cambio, otras ideas delirantes pueden ser comprendidas fácilmente desde las vivencias cotidianas. Ser perseguido, sufrir una infección o ser engañado por el cónyuge son situaciones que pueden ocurrirle a cualquier persona.

Otra característica de las ideas delirantes es su sistematización o estructuración, es decir, la intensidad de la convicción y la cantidad de argumentos que la persona presenta para defenderla y convencer a otros de su veracidad. En una idea delirante poco sistematizada o estructurada, los argumentos son escasos y poco elaborados, mientras en una bien sistematizada los mismos abundan, provienen de diversas fuentes y están fuertemente enlazados unos con otros. Y.N. tenía la idea delirante bien sistematizada de haber inventado el teléfono celular. Exponía los principios físicos de su funcionamiento, hablaba de futuros desarrollos, presentaba documentos con las fórmulas matemáticas que favorecieron su invención y hasta llevaba consigo varias revistas especializadas de física en las que argüía haber publicado con pseudónimo un sinnúmero de artículos acerca de su invento. Aseguraba haberlo patentado en varios países y disponer de los documentos que acreditaban esto. Su único inconveniente radicaba en que las compañías que lo comercializaron no le pagaban las regalías a que tenía derecho.

Las ideas delirantes se presentan principalmente en el grupo de trastornos conocidos como psicóticos y hacen parte también del cuadro clínico de los trastornos afectivos. En la esquizofrenia se pueden encontrar todas las variedades, si bien las bizarras o extravagantes son más características de esta enfermedad. En los trastornos afectivos se considera adecuado establecer si son congruentes o incongruentes con el estado de ánimo. Si alguien está deprimido la idea delirante de *no merecer sino la comida que encuentre en la basura de las calles* será congruente con el afecto triste, mientras la de *ser un profeta de los dioses* será incongruente con esa misma tristeza. Las ideas delirantes pueden clasificarse de muchas maneras. Si se atiende a la temática, una forma de hacerlo es la siguiente, sin olvidar claro está que cualquier tema puede tomar ribetes o ser francamente delirante en el psiquismo de alguien.

5.2.1.1. Autoreferenciales o de referencia. Es la creencia en que la conducta de las demás personas o los acontecimientos del entorno se producen en función de uno, lo que les confiere un significado particular que por lo general es peyorativo. Ej. H.B. creía que todas las compras que realizaban sus vecinos estaban destinadas a mostrarle su desprecio por tener menos ingresos que ellos. Aquí, las compras que otros hacían por razones muy personales, H.B. las relacionaba con él y les daba su particular interpretación.

Este tipo de ideas es común encontrarlas en la esquizofrenia y en los trastornos delirantes del subtipo persecutorio.

5.2.1.2. Persecutorias. El tema principal se refiere a que el afectado (o alguien cercano a él) es atacado, perseguido, engañado, espiado, atormentado, calumniado o envenenado; se le administra medicamentos sin su aprobación, se conspira contra él o se le obstruye sus planes y metas. Otra variedad está constituida por la creencia de que hay una injusticia que es necesario denunciar o remediar. N.R., una hombre de 40 años, creía que su esposa, así como los familiares y amigos de ella, querían envenenarlo. Decidió no aceptarles ningún alimento pues allí podían administrarle el veneno. Cuando llegó al hospital, pensó que todo el personal estaba de acuerdo con aquel plan, por lo que se negó a recibir no sólo alimentos sino cualquier medicamento. Estas ideas son frecuentes en la esquizofrenia y en los trastornos delirantes del subtipo persecutorio.

5.2.1.3. Mágicas. Es la creencia en que las conductas de las personas y los acontecimientos del mundo están gobernados o determinados por seres, fuerzas u objetos poderosos, etéreos y por lo general desconocidos. Y.C. creía que las fuerzas siderales, los astros y los malos espíritus estaban molestos por sus actuaciones, por lo que empleaba la mayor parte de su tiempo en buscar alguien que sepa de ocultismo para que le ayude a congraciarse con ellos.

5.2.1.4. De influencia o de ser controlado (experiencias de pasividad). También llamadas experiencias de pasividad, nombre más apropiado para lo experimentado por quien las padece. El afectado cree que sus pensamientos, sensaciones, impulsos o actos de conducta están bajo el control directo de otras personas, espíritus o fuerzas. U.R. creía que el espíritu de su primo, quien había muerto cuatro años antes, controlaba sus pensamientos y comportamientos. Otras variedades son la idea delirante de inserción del pensamiento, en la que se cree que los pensamientos de uno no son propios sino insertados por alguien o algo, y la idea delirante de estar poseído, tal como la de posesión demoníaca. Todas estas variedades son frecuentes en la esquizofrenia.

5.2.1.5. De difusión o transmisión del pensamiento. Es la creencia en que los pensamientos de uno son difundidos por altavoces u otros medios de comunicación y son conocidos por las demás personas. S.T. trabajaba en un restaurante cercano a una universidad. Creía que en las mesas alguien había instalado micrófonos y a través de ellos sus pensamientos eran transmitidos a los salones de clase. Aunque pueden aparecer en varios trastornos psiquiátricos, estas ideas delirantes son características de la Esquizofrenia.

5.2.1.6. De grandeza o megalomaníacas. Es la creencia en tener talento, valor, poder o conocimientos especiales y por lo general no reconocidos por los demás. Otras variedades incluyen la idea de tener una relación especial con individuos poderosos, de ser el portador de un mensaje divino o de ser alguien importante y considerar que la persona real es un impostor. Ejemplo: O.S. era vendedor de libros, pero se creía senador. Hablaba a sus amigos de las leyes que había presentado, de sus compañeros en el Congreso y del poder que tenía para decidir sobre aspectos importantes del país. Se hallan sobre todo en los episodios maniacos, si bien pueden encontrarse también en los trastornos delirantes del subtipo grandioso y en la esquizofrenia.

5.2.1.7. Celos delirantes. Creencia en que el novio, cónyuge, amante o compañero sexual le es infiel. C.M., un hombre de 45 años, creía que su esposa lo traicionaba. Vivía en una casa de dos pisos y cuando ella estaba en el segundo y él en el primero, inmediatamente pensaba en una posible infidelidad. Rápidamente subía para corroborar y asegurarse que ella no estuviera con otro hombre. Estos celos se observan sobre todo en el transtorno delirante del subtipo celoso.

5.2.1.8. Erotomaníacas. Es la creencia en que una persona, por lo general claramente identificada y de estatus superior, está enamorada de uno. J.O., una mujer de 28 años, creía que un cantante famoso, quien nunca había venido al país, estaba enamorado de ella y le enviaba mensajes a través de las letras de las canciones. J.O. le escribía todas las semanas, le enviaba regalos y cada mes esperaba su visita. Se encuentra en el trastorno delirante del subtipo erotomaniaco.

5.2.1.9. Somáticas. Son creencias relacionadas con la apariencia o funcionamiento del cuerpo. Hay muchas variedades de las mismas, tales como exhalar un olor desagradable, estar infestado por parásitos extraños en la piel o tener deformadas algunas partes del cuerpo. P.D., un hombre de 42 años, creía que constantemente emitía un olor molesto desde sus axilas. Se bañaba muchas veces cada día, se aplicaba desodorantes y perfumes en mayor cantidad de la acostumbrada por el resto de personas, pero nada de ello cambiaba su idea. Se encuentra en la esquizofrenia y en el subtipo somático del transtorno delirante.

5.2.2. Ideas sobrevaloradas

Son creencias firmemente establecidas. Quien las tiene, íntimamente está convencido de su veracidad, por lo que las defiende con gran fuerza; pero al menos en público no rechaza totalmente los argumentos y evidencias en su contra. Motivan o generan actos de conducta de acuerdo con su temática. Su poseedor logra, en muchos momentos, una crítica introspectiva aceptable sobre las mismas y puede darse cuenta de su carácter exagerado y poco flexible. No siempre es fácil diferenciar una idea delirante de una sobrevalorada, por lo que es recomendable acudir al estudio de las demás áreas del psiquismo para hacerlo.

Ejemplo: una mujer creía que todas las dificultades de su vida estaban ocasionadas por la indiferencia que su esposo le mostraba. Casi todas las acciones de él las vivenciaba como un acto de desconsideración. Experimentaba gran resentimiento, con facilidad entraba en discusiones y pasaba buena parte de su tiempo imaginando lo que hubiera ocurrido si hubiese casado con otro hombre. Cuando sus amigas la confrontaban, por momentos admitía lo exagerado de sus reacciones y aceptaba que podía haber otras causas de sus problemas, pero fácilmente enumeraba todos los acontecimientos que la llevaban a sostener su creencia y volvía a encontrar argumentos para defenderla. En este caso, se halla la creencia firmemente establecida en que la totalidad de las dificultades de la vida pueden ser ocasionadas por otra persona, conclusión a la que ella llegó, entre muchos otros factores, a través de un sinnúmero de situaciones que interpretó como actos de desconsideración por parte de su esposo. A pesar de su íntima convicción y la firme defensa de su creencia, al menos en público, cuando era confrontada por sus amigas, aceptaba que podía haber otras razones que explicasen sus problemas. Su idea motivaba diversas conductas, lo que se evidenciaba en las discusiones que sostenía con él y el tiempo que dedicaba a las fantasías de haberse casado con otro hombre. Finalmente, su crítica introspectiva le permitía captar, así sea por momentos, la dificultad para modificar sus creencias y actuaciones.

Las ideas sobrevaloradas son frecuentes tanto en la vida cotidiana como en los trastornos psiquiátricos. En la primera, ocasionan gran parte del sufrimiento diario y explican fenómenos tan comunes como los celos entre las parejas. Prejuicios como el racismo

también pueden ser entendidos con estos conceptos. En los segundos, hacen parte de un gran número de cuadros clínicos, entre los que se destacan los trastornos de personalidad, las depresiones, algunos trastornos somatomorfos como la hipocondríasis y las fobias. En estas últimas, junto con el miedo intenso, está la idea sobrevalorada acerca de los riesgos que conlleva la cercanía del objeto temido.

El tema de las ideas sobrevaloradas puede ser cualquiera, incluso los discutidos en el aparte de ideas delirantes, pues al fin y al cabo, la diferencia entre estas últimas y las primeras, en muchas ocasiones es sólo de grado. Además de las clases ya discutidas, se va a agregar algunas nuevas que en la clínica se presentan predominantemente como ideas sobrevaloradas.

5.2.2.1. De minusvalía. Es la creencia en tener menos habilidades y capacidades que las que en realidad se posee, de considerarse menos valioso que los demás al compararse social, intelectual o económicamente, así como de ser visto por los otros como molesto, inoportuno o indeseable. Q.P., un hombre de 36 años, después de haber perdido su trabajo, creía que por ese motivo había perdido también la capacidad para desempeñar sus funciones paternas y además era menos inteligente que los demás. Estas ideas se encuentran predominantemente en las depresiones, donde pueden adquirir gran fuerza y convertirse en delirantes; tal es el caso de las ideas de ruina en un hombre que no afrontaba ni siquiera de lejos esa situación.

5.2.2.2. De desesperanza. Son creencias en que todo saldrá mal en el futuro y nada de lo que se haga cambiará dicho resultado. I.S., una secretaría de 26 años, creía que en adelante nadie le daría un empleo y ello no se modificaría aunque se capacitara y demostrara que puede desempeñarse en forma adecuada. Son frecuentes en todo el espectro de cuadros depresivos. Cuando la idea se torna extrema, la temática alude a que uno mismo, las demás personas o el mundo no existen, dejaron de existir o se van a acabar, en cuyo caso la idea se vuelve delirante y toma el nombre de nihilista.

5.2.2.3. De culpa y autoreproche. Son creencias en que uno es el responsable de las dificultades que tienen las demás personas o de los problemas existentes en la sociedad en que vive. También toman la forma de exagerar la responsabilidad de uno en sus propias dificultades, destacándose especialmente los reproches por actuar de una forma poco ética o haber dejado de hacer algunas acciones que hubiesen sido favorables. V.F., un profesor de escuela, creía que era el principal responsable de que quienes fueron sus alumnos no lograran ingresar a la universidad a pesar de saber que hay un número bastante grande de factores que determinan este aspecto.

5.2.2.4. Hipocondríacas. El afectado cree que padece una enfermedad grave o que las manifestaciones normales del funcionamiento corporal corresponden a la presencia

de alguna enfermedad. Todo ello a pesar de que las evaluaciones médicas y los exámenes paraclínicos no apoyen tal creencia. H.D., un hombre de 45 años, pensaba que sufría una enfermedad cardiaca seria debido a que en algunas ocasiones se cansaba al subir hasta su apartamento ubicado en el sexto piso de un edificio. Aunque los médicos le explicaban que su molestia no era un síntoma de enfermedad cardiaca y que los exámenes paraclínicos eran normales, persistía en su convicción.

5.2.2.5. Místicas. Creencia en que las conductas de las personas y los acontecimientos del mundo están gobernados o determinados por dioses o sus representantes. Aquí es necesario hacer una clara distinción entre estas ideas y las concepciones religiosas aceptadas socialmente, las que no constituyen un fenómeno psicopatológico por si mismas. E.L. creía que todos los sucesos que a diario pasaban a su alrededor eran un milagro. Calificaba de esta manera la citas médicas que le otorgaban, los encuentros inesperados con sus amigos y hasta el sentir deseos de dormir durante la noche.

5.2.3. Ideas prevalentes

Su característica principal la constituye su presencia casi constante durante periodos de tiempo, por lo general, mayores de algunos días. Tienen menor capacidad que las ideas delirantes y las sobrevaloradas para motivar o generar conductas, pues alguien puede permanecer por semanas y hasta meses con una idea prevalente y no llevar a cabo ninguna conducta asociada con ella. Algunas son voluntariamente mantenidas como cuando una persona tiene dificultades económicas y todo el día su pensamiento no conoce un tema distinto. En otras ocasiones son involuntarias, como las ideas recurrentes relacionadas con eventos traumáticos pasados, característica principal del trastorno por estrés postraumático. La crítica introspectiva le permite a su propietario darse cuenta de la cantidad de tiempo que permanecen ocupando lugar primordial en su psiquismo. A diferencia de las ideas delirantes y sobrevaloradas, las prevalentes ocasionan incomodidad subjetiva, pues a pesar de identificarlas con facilidad, no se las experimenta con agrado y se desea que desaparezcan.

Las ideas prevalentes son sumamente variadas en cuanto a tema. Están, por ejemplo, las preocupaciones pasajeras de la vida cotidiana por la situación laboral o económica, las relaciones interpersonales, la vida sexual, el desempeño escolar, etc. En el ámbito de los transtornos psiquiátricos están la preocupación y miedo de tener una enfermedad en la hipocondríasis, por la figura corporal y el peso en la anorexia, así como los pensamientos reiterados acerca de la muerte y el suicidio en los cuadros depresivos.

5.2.4. Ideas obsesivas

Son ideas intrusivas y repetitivas, vivenciadas con desagrado y muchas veces acompañadas de temor. Causan malestar, incomodidad o ansiedad, por lo que la persona se esfuerza en ignorarlas o suprimirlas. Quien las tiene reconoce que son producto de su

mente pero a la vez experimenta que se escapan a su control y no están de acuerdo ni encajan con el resto de sus pensamientos. Se acompañan de compulsiones, esto es, comportamientos recurrentes encaminados a contrarrestarlas y disminuir la ansiedad. La mayoría de las veces la crítica introspectiva muestra a las claras su carácter extraño, exagerado e incluso indeseable. Los temas más frecuentes son:

5.2.4.1. De contaminación. Es a la vez la creencia y el temor a contaminarse o ensuciarse mediante el contacto físico con personas u objetos. De por medio, están los componentes de miedo, asco, pudor y vergüenza. E.K. no daba la mano al saludar, ya que cada vez que lo hacía experimentaba que se había ensuciado. Cuando se veía obligado a recibir algún billete o moneda usaba una tela para de esta manera evitar el contacto. Si este era inevitable no quedaba tranquilo hasta tanto haberse lavado las manos siete veces con jabón desinfectante. En el ejemplo, además de la idea obsesiva de contaminación está presente la compulsión de lavarse las manos para contrarrestarla y disminuir la ansiedad surgida.

5.2.4.2 Dudas obsesivas. Consisten en preguntarse a uno mismo, una y otra vez, si ha realizado un acto en concreto. E.C., a diario, después de salir de la oficina, en el trayecto a casa, se preguntaba con insistencia si cerró la puerta y colgó el teléfono. U.A. antes de ingresar a la universidad estuvo un año dudando si debía estudiar una u otra carrera.

5.2.4.3. Horror y agresividad. Se caracterizan por la aparición súbita de ideas que habitualmente son consideradas horrorosas o agresivas por quien las experimenta, por lo que de inmediato se rechazan. Se acompañan de fantasías de expresarlas o llevarlas a cabo. Son frecuentes las ideas de gritar obscenidades en un lugar concurrido o la de golpear al interlocutor. Cada vez que W.S. asistía a una iglesia colmada de personas aparecía en su pensamiento la idea de negar públicamente la santidad de las figuras allí veneradas. Debido al miedo a expresarlo frente a la multitud, no le quedaba otra opción que retirarse.

5.2.4.4. Necesidad de un orden determinado. La persona experimenta un intenso malestar cuando observa objetos desordenados o asimétricos. Se acompaña de la compulsión a ordenarlos. O.I. cada vez que visitaba a su amigos exploraba la biblioteca. Le molestaba ver entremezclados libros de distinto tamaño. Espontáneamente los ordenaba ubicando los más grandes a la izquierda y de ahí en orden decreciente hacia la derecha.

TABLA No. 1
SEMIOLOGÍA PSICOPATOLÓGICA DEL PENSAMIENTO

1. Alteraciones en el curso
   - Alteraciones en la velocidad
     - Taquipsiquia
     - Bradipsiquia
     - Bloqueo
   - Alteraciones en la asociación de la ideas o desorganización del pensamiento
     - Circunstancialidad
     - Asociación laxa de las ideas
     - Incoherencia
     - Fuga de ideas
     - Ensalada de palabras
     - Verbigeración
     - Respuestas tangenciales e irrelevantes
     - Neologismos
2. Alteraciones en el contenido
   - Ideas delirantes
     - Autoreferenciales
     - Persecutorias
     - Mágicas
     - De influencia (experiencias de pasividad)
     - Megalomaniacas o de grandeza
     - Celos delirantes
     - Erotomaníacas
     - Somáticas
   - Ideas sobrevaloradas
     - Minusvalía
     - Desesperanza
     - Culpa
     - Hipocondríacas
     - Místicas
   - Ideas prevalentes
   - Ideas obsesivas
     - De contaminación
     - Dudas
     - Horror y agresividad
     - Necesidad de un orden determinado

TABLA No. 2

CLASIFICACIÓN PSICOPATOLÓGICA DE LAS IDEAS

Ideas delirantes

- Basadas en experiencias psíquicas por lo general extrañas, intensas y poco habituales
- Convicción absoluta, tanto pública como íntima, acerca de su verdad, aunque nadie la comparta.
- Defensa con vehemencia
- Rechazo, desvalorización o desestimación completa e inmediata de argumentos y evidencias en su contra
- Motivan o generan actos de conducta de acuerdo con su temática
- Crítica introspectiva pobre
- No hay incomodidad o malestar subjetivos

Ideas sobrevaloradas

- Creencias firmemente establecidas
- Convicción íntima muy fuerte acerca de su veracidad, pero más débil en público
- Defensa con gran fuerza pero sin vehemencia
- No hay rechazo ni desvalorización completa e inmediata de los argumentos y evidencias en su contra. Hay posibilidad de discusión
- Motivan o generan actos de conducta de acuerdo con su temática
- La crítica introspectiva permite captar, por momentos, su carácter exagerado y poco flexible
- Incomodidad o malestar subjetivos sólo en algunos momentos

Ideas prevalentes

- Presencia casi constante durante periodos de tiempo, por lo general, mayores de algunos días
- Generan y motivan conductas con menor intensidad que las ideas delirantes y las sobrevaloradas
- Se puede hablar de ellas con los demás, pero no hay interés en defenderlas ni en discutir acerca de su veracidad
- Algunas son voluntariamente mantenidas (preocupaciones)
- Otras son involuntarias (ideas recurrentes en el trastorno por estrés postraumático)
- La crítica introspectiva permite captar su presencia persistente y su intensidad
- Incomodidad y malestar subjetivos

Ideas obsesivas

- Intrusivas, repetitivas y muchas veces acompañadas de temor
- Además de incomodidad y malestar subjetivos, ocasionan ansiedad
- Esfuerzo por ignorarlas o suprimirlas
- Se reconoce que son producto de la propia mente
- La persona experimenta que se escapan a su control y no están de acuerdo ni encajan con el resto de sus pensamientos
- Motivan y generan compulsiones
- La crítica introspectiva permite captar su presencia y su carácter extraño y exagerado

Lenguaje

1. GENERALIDADES

1.1. El lenguaje es un conjunto de capacidades que permiten utilizar sonidos para crear signos o símbolos arbitrarios. Al unir los sonidos correspondientes a las letras "v", "r" y "e" del idioma español se puede formar las palabras verde y verano, entre otras, las que simbolizan un color y una estación del año respectivamente. Se dice que estos símbolos son arbitrarios porque no hay nada que obligue a utilizar la palabra verde para representar dicho color. De hecho, *green*, *grün*, *vert* y *viridis* son las palabras que designan verde en Inglés, Alemán, Francés y Latín.

Mediante el lenguaje se puede representar objetos, conceptos y hechos; se consigue dar un sentido más complejo a las experiencias propias y hasta hace posible dirigirse a los demás con el fin de informarles, darles órdenes e influir sobre ellos. Popper y Eccles (1980) distinguen cuatro funciones en el lenguaje:

- Expresiva. Permite expresar emociones y deseos. Se incluyen también los gritos, gemidos, etc.
- Función de señal. Posibilita emitir señales cuya finalidad es provocar una reacción en aquel o aquellos a los que van dirigidas (el silbido o la llamada de una persona a otra, las señales transmitidas entre animales, etc).
- Descriptiva. Da lugar a descripciones de objetos y hechos. Por ejemplo, mencionar las características de un automóvil, hablar de las relaciones entre las personas.
- Función de discusión argumentada. Corresponde al despliegue del pensamiento racional y la discusión crítica.

Las dos primeras funciones son comunes al hombre y los animales, mientras las dos últimas son patrimonio exclusivamente humano.

El lenguaje tiene un sustrato biológico inscrito en el cerebro de todos los seres humanos. Darwin, en su libro The Descent of Man (1871), y más tarde Chomsky (1957), llegaron a dicha conclusión basándose en la rapidez y facilidad con que los niños lo aprenden. Tempranamente, a los diez u once meses ya logran relacionar algunos sonidos con ciertas ideas generales. Desde luego, el aspecto biológico no lo es todo. Hay un periodo crítico para su desarrollo que va desde el primero hasta el cuarto año de vida, el cual requiere de estimulación externa, sobre todo mediante la interacción con los con-

géneres. El carácter social del lenguaje queda al descubierto al constatar la poca utilidad de los signos lingüísticos por fuera de grupos humanos. Al fin y al cabo, describir objetos y hechos, dar a conocer estados psicológicos propios y buscar la modificación de la conducta de otros sólo es posible mediante la interacción con los demás.

En el lenguaje humano hay dos componentes fundamentales: un vocabulario extenso y un conjunto de reglas acerca de la manera en que se combinan las palabras. Los dos permiten formar las oraciones y luego el discurso. Afortunadamente, el conocimiento del lenguaje ha crecido notoriamente en alcances y profundidad. De hecho es el sistema modularizado estudiado con más detenimiento y éxito de la totalidad de los sistemas modularizados del psiquismo. Se ha estudiado el tipo de información que representa, la clase de estructuras que entran en juego y las operaciones que se realizan en ellas.

El lenguaje no se restringe a la forma hablada, si bien es la más importante y representativa. La lectura, la escritura e incluso los gestos son componentes lingüísticos con una forma diferente de expresión, lo que explica que personas con incapacidades innatas para escuchar y pronunciar palabras (sordomudos) logren aprender a leer, escribir y manejar lenguajes basados en movimientos de las manos.

En cuanto al sustrato biológico, existen dos componentes importantes en la producción del lenguaje. El primero está constituido por un conjunto de estructuras cerebrales encargadas de su producción y comprensión. El segundo es netamente motriz y comprende partes del cuerpo no especializadas, es decir, que tienen funciones adicionales a las estrictamente lingüísticas. Por ejemplo, la lengua y las fosas nasales no sólo intervienen en la producción de los sonidos, también hacen parte del sentido del gusto y el aparato respiratorio respectivamente. Igual ocurre con la mano: se utiliza para escribir (lenguaje), pero también para asir objetos y fabricar herramientas. Es importante, entonces, diferenciar las alteraciones del lenguaje propiamente dichas de aquellas relacionadas con la parte mecánica, tales como las alteraciones de la voz y de la articulación de las palabras.

En el niño es importante diferenciar los trastornos específicos en el desarrollo del lenguaje de las alteraciones asociadas a retardo mental, déficit sensorial o motriz del habla y privación sensorial. En el adulto, no debe confundirse las alteraciones del lenguaje y las del pensamiento. En las últimas, se compromete la asociación de ideas y su coherencia, quedando indemne las capacidades para comprender y producir elementos lingüísticos.

1.2. Lenguaje y lenguas

Si bien para el lenguaje existe un sustrato biológico compartido por todos los humanos, éste se expresa socialmente a través de las lenguas (idiomas), las cuales son institucio-

nes culturales construidas por las comunidades humanas, poseen una historia propia y un sistema estructurado de signos y reglas para su combinación.

Por lo general, para los hablantes de una lengua los sonidos o fonemas de la misma son claramente contrastantes; pueden diferenciar unos de otros e identificar las palabras por ellos formadas. En cambio son poco diferenciados para quien no la habla. Por ejemplo, las palabras "bono" y "dono" son claramente distintas para un hispanohablante, pero se confunden con facilidad para quien no lo sea. Se distingue un fonema de otro gracias a que como hablantes nativos de una lengua se aprende a aceptar y reconocer como contrastantes algunos sonidos y no otros. Las experiencias previas, en este caso el aprendizaje de la lengua, permite anticipar y completar los sonidos faltantes de algunas palabras con el fin de darles sentido.

1.3. Lenguaje y animales

En un trabajo convertido en clásico, Beatrice y Robert Gardner (1969) se dieron cuenta que la faringe y laringe de los chimpancés no estaban adaptadas para emitir sonidos y articular palabras como lo hacen los humanos. En sus experimentos decidieron enseñarles el lenguaje por señas utilizado en Estados Unidos, llamado Ameslan (American sign language), pues se adaptaba bastante bien a las habilidades manuales de estos animales. Son famosas las películas con Washoe, Lana, Lucy y otros chimpancés en este proceso. Algunos de ellos llegaron a manejar cien a doscientos términos, distinguían varias reglas gramaticales y hasta lograron construir expresiones que no se les había enseñado. Si bien estos resultados fueron sorprendentes, no obtuvieron aceptación unánime y la controversia ha persistido.

En opinión de otros, las limitaciones lingüísticas de Washoe eran evidentes. Lograba combinar en secuencias un número máximo de cuatro palabras, las que utilizaba sólo para peticiones instintivas (comida) o afectivas. Las reglas sintácticas no eran obedecidas con rigor y su orden podía variar de un enunciado a otro. (la secuencia me hace cosquillas podía decirse en cualquier orden). Finalmente, se menciona que Washoe no enseñó nunca ni utilizó jamás este nuevo lenguaje en la comunicación con sus hijos. Se trataba de un aprendizaje accidental y rudimentario que no compartía con los demás miembros de su especie.

1.4. El lenguaje se organiza alrededor de dos polos.

Anatómica (en el cerebro) y funcionalmente se acostumbra organizar el lenguaje alrededor de dos polos:

1.4.1. Polo expresivo o puerta de salida. Abarca la producción verbal y escrita.

Abarca regiones de la circunvolución frontal inferior o tercera circunvolución frontal y del lóbulo prefrontal, La alteración más características es la clásica afasia de Broca.

1.4.2. Polo receptivo o puerta de entrada. Está relacionado con la recepción y comprensión del lenguaje hablado y escrito. Incluye un área asociativa auditiva situada en la parte posterior de la cara externa de T1 (circunvolución temporal superior) y regiones del lóbulo parietal inferior. La alteración más características es la clásica afasia de Wernicke.

En el cerebro, los dos polos están unidos por numerosas fibras asociativas, especialmente por el fascículo arqueado. Los núcleos grises centrales, y en particular el tálamo, también intervienen en el establecimiento de redes entre ellos.

1.5. Elementos que componen un lenguaje basado en sonidos

Dado que al tratar del lenguaje se hace necesario utilizar términos un tanto más específicos en cuanto a su acepción, se presenta en seguida algunos de ellos.

1.5.1. Fonemas. Son las unidades de sonido cuya concatenación en un determinado orden produce morfemas. Ejemplo, el sonido correspondiente a las letras "s", "r", "a" y "n" del idioma Español.

1.5.2. Morfemas. Son las unidades más pequeñas dotadas de significado. Al combinarlos forman las palabras, las que pueden estar constituidas de un solo morfema (sol) o de varios (tele-visión). Algunos morfemas tiene una función estrictamente gramatical como *ido* en vend-ido (da cuenta de un tiempo verbal)

1.5.3. Sintaxis. Alude a las combinaciones admisibles de las palabras en las oraciones. Ejemplo: *"Los libros están sobre la mesa"* es una oración construida de acuerdo con la sintaxis del Español, no así la oración *"mesa están los libros sobre"*.

1.5.4. Léxico. Es el conjunto de todas las palabras de un lengua. Si una lengua tiene un mayor número de palabras que otras se dice que su léxico es más rico o abundante.

1.5.5. Semántica. Se refiere a los significados de las palabras y las oraciones de una lengua.

1.5.6. Prosodia. Abarca los elementos melódicos y rítmicos de un discurso. Corresponde a la entonación de las palabras y las oraciones. Puede modificar el significado y dar cuenta del contenido emocional del hablante. Además, sirve como marcador sintáctico. Por ejemplo, en oraciones declarativas, el tono decae al final de la oración,

lo contrario ocurre en oraciones interrogativas, en las que el tono aumenta en esa parte.

1.5.7. Discurso. Es el encadenamiento de las oraciones para que constituyan una descripción o una narración.

2. EVALUACIÓN DEL LENGUAJE

Al evaluar el lenguaje de alguien debe tenerse en cuenta varios aspectos que pueden modificar su desempeño lingüístico. Los resultados pueden variar incluso tratándose de una misma persona en momentos diferentes debido a la fatiga, la ansiedad y lo complejo de las tareas cognoscitivas utilizadas. El examen debe ser metódico con el fin de explorar las diversas facetas del lenguaje. Se puede utilizar un procedimiento cualitativo clínico o uno estructurado, tal como las pruebas neuropsicológicas diseñadas para tal propósito. De todas maneras, desde el primer contacto con una persona ya es posible determinar algunas características de importancia: ¿habla con soltura o tiene dificultad al hacerlo?, ¿se muestra silencioso o se expresa espontáneamente?, ¿comprende lo que se le dice?

2.1. Para evaluar la comprensión se recomienda utilizar pruebas de ejecución de órdenes sencillas cuya complejidad es creciente:

- Ordenes simples: muéstreme su nariz, su oreja izquierda, mi lápiz. Quítese las gafas. Mire el techo. Muéstreme la puerta.
- Ordenes asociadas Toque su oreja izquierda con su mano derecha. Coja este lápiz y toque mi reloj.
- Pruebas de elección múltiple, siendo la más conocida la de los tres papeles de Pierre Marie: he aquí tres papeles, uno pequeño, otro mediano y otro grande. Tire al suelo el pequeño, guarde el mediano y entrégueme el grande.

Cuando los trastornos son sutiles y poco intensos, se puede recurrir a pruebas más elaboradas y estandarizadas.

2.2. La repetición se evalúa pidiéndole al examinado que repita palabras como *carretera, constitución, mecánico, espectador, electricista* u oraciones del tipo *"fue el maestro de los príncipes y el príncipe de los maestros"*.

2.3. La nominación o denominación se evalúa mostrándole al examinado una serie de objetos como libros, llaves, monedas, sillas, lápices y pidiéndole que diga el nombre correspondiente a cada uno. También se pueden utilizar figuras o fotografías con animales, colores, personas realizando diferentes acciones, etc.

3. ALTERACIONES EN EL POLO RECEPTIVO

3.1. Sordera verbal

Aunque se puede escuchar los sonidos no se consigue identificarlos apropiadamente. El aparato auditivo funciona bien, el problema radica en la capacidad cerebral de interpretar los sonidos como fonemas. El afectado puede hablar, leer, escribir de manera satisfactoria pero no entiende nada de lo que escucha.

3.2. Trastornos en la comprensión de las palabras

Las palabras se escuchan pero no se comprende su significado. Se asocian a lesiones de las áreas de integración semántica. También es característica de la afasia de Wernicke.

3.3. Trastornos en la compresión de oraciones

No es posible comprender las oraciones. Puede deberse a un déficit del procesamiento semántico de ciertas palabras que las componen; esto es, no se comprende el significado de algunas de las palabras que conforman la oración, sobre todo si se trata de palabras abstractas, lo que puede observarse en una afasia de Wernicke en vías de mejorar. Pero también puede tratarse de una dificultad para entender el orden sintáctico de una oración como en una afasia agramática (si Jorge se duerme después de ver televisión ¿qué hizo primero?)

3.4. Trastornos de la comprensión categorial

Se trata de un déficit en la comprensión de palabras correspondientes a categorías verbales específicas. La persona afectada no logra comprender, de manera selectiva, bien sea los nombres de los colores, de los animales, de los países, etc., quedando preservada la comprensión de las demás palabras. En ocasiones, hay un contraste evidente entre la limitación en la comprensión de las palabras abstractas con la integridad de la comprensión de palabras concretas, así como disociaciones inversas. En la misma línea se encuentran las disociaciones entre palabras que indican acciones (es decir los verbos) y las que indican nombres; palabras que designan seres vivos y las que designan objetos inanimados; las que se refieren a objetos manufacturados manipulables y no manipulables.

4. ALTERACIONES EN EL POLO EXPRESIVO

4.1. Producción verbal

Puede estar aumentada, adecuada o disminuida. En algunas afasias el discurso es abun-

dante y fluido, toma forma de jerga, pero por lo general es poco o nada comprensible. A su vez, la disminución puede ser marcada y llegar a la supresión (mutismo). En ocasiones, el lenguaje se reduce a algunas sílabas o palabras repetidas constantemente de manera involuntaria cada vez que se intenta hablar, fenómeno conocido como estereotipias. Una disminución de la producción verbal puede coexistir con el brote de expresiones que son a menudo fórmulas de cortesía u oraciones conocidas y pronunciadas de forma casi automática.

4.2. Disprosodia

Además de la prosodia emocional existe una prosodia lingüística que se caracteriza por el ritmo, el timbre y la inflexión de la voz. Las disprosodias observadas en las afasias se caracterizan por la sustitución del acento habitual de la persona por uno de tipo "extranjero" que a veces puede calificarse como germánico o anglosajón. Las disprosodias se observan habitualmente en las afasias de Broca.

4.3. Desintegración fonética

Ha recibido diferentes nombres a través del tiempo: trastornos ártricos, anartria, afasia de realización fonemática. Se presentan dificultades en la emisión y el encadenamiento de los fonemas. El discurso es pobre, lento y entrecortado (sílaba por sílaba). En las palabras se suprime algunos fonemas mientras otros se reiteran, las consonantes sordas se prefieren a las sonoras y los grupos disconsonánticos se suprimen (*espectador: pe...ta...dor; constitución: con...tu...ton*).

La desintegración fonética puede ser parte de una afasia de Boca, si bien existe también en forma pura (con preservación de la escritura y ausencia de cualquier síntoma de afasia).

4.5. Falta de vocabulario

Es la imposibilidad de encontrar la palabra apropiada para nombrar los objetos. En las personas afectadas se puede observar espontáneamente, pero se evidencia más fácilmente a través de la prueba de denominación.

Por ejemplo, si a un paciente aquejado de esta alteración, al mostrarle un libro, se le pregunta de qué objeto se trata responderá *"para leer"*. En otras ocasiones la respuesta se caracteriza por circunlocuciones, uso de sinónimos o despliegue de conductas relacionadas con el uso del objeto en cuestión. Para el caso del libro: *"es...como un cuaderno...Se abre, se va de la primera a la última página... Tiene letras y fotografías"*. Pronunciar la primera sílaba puede evocar la palabra buscada, sin embargo no siempre

ayuda y antes por el contrario puede dar lugar a una respuesta errónea en la que a veces la palabra recordada ni siquiera contiene la sílaba mencionada.

La falta de vocabulario se observa en todo tipo de afasia, si bien puede presentarse en forma aislada denominándose afasia amnésica.

4.6. Parafasias

Corresponden a distorsiones de las palabras y a emisiones verbales diferentes de las esperadas. Cuando son abundantes dan como resultado un discurso incoherente.

4.6.1. Parafasias fonémicas o literales

Son distorsiones de las palabras debidas a omisiones, añadiduras, inversiones y desplazamientos de fonemas (carretera: caterrera. Encendedor: endendedor, encenbedor. Libro: bibro, dribro).

En una conversación espontánea, el interlocutor, gracias a la semejanza fonológica y al contexto, puede detectar la palabra objeto de distorsión, pero cuando las modificaciones son demasiadas esto no es posible; las palabras entonces se convierten en neologismos.

4.6.2. Parafasias morfológicas. (o parafonías)

La palabra emitida es fonéticamente próxima a la palabra clave: Cata, pisco y correr (parafasias) en lugar de bata, disco y comer (palabras clave).

4.6.3. Parafasias semánticas

La palabra emitida tiene algún tipo de relación conceptual con la palabra clave. El afectado dirá papel en lugar de libro o pie en vez de zapato.

4.7. Agramatismo

Se caracteriza por la reducción y omisión de palabras dentro de un discurso y por el empleo de verbos en infinitivo, lo que ofrece un lenguaje en estilo telegráfico. Por ejemplo: *"vacaciones...dos semanas...nadar...Cartagena...del mar...mucha gente....la familia...vuelo corto"*.

4.8. Disintaxia

Se caracteriza por el empleo de numerosas palabras pero en forma inapropiada. Ejemplo: *"las canciones de las cuales me gustaba cantar siempre". "Los que le recetaron los medicamentos para tomárselos había ido a comprárselos"*.

5. OTROS TERMINOS SEMIOLÓGICOS IMPORTANTES RELACIONADOS CON EL LENGUAJE

5.1. Mutismo

Es la ausencia completa del habla. Puede estar asociada a algunos tipos de afasia como la afemia. En psiquiatría, se observa con mayor frecuencia en personas con depresión severa y en pacientes con trastornos psicóticos, especialmente esquizofrenia catatónica,

5.2. Estereotipias

Se denominan así las palabras repetidas con inusitada frecuencia en el discurso de alguien. Se encuentran en algunas afasias como la de Broca y en personas con trastornos psicóticos.

5.3. Ecolalia

Es la repetición de una o más palabras, generalmente la última, que han sido pronunciadas por el interlocutor.

5.4. Palilalia

Es la repetición de una frase completa que ha sido pronunciada por el interlocutor. Se presenta, al igual que la ecolalia y las estereotipias, en personas con trastornos psicóticos, especialmente esquizofrenia catatónica y hebefrénica.

5.5. Disartría

Es la dificultad para articular apropiadamente las palabras. Puede asociarse a alteraciones de las vías piramidales, de algunos pares craneanos (IX, X y XII y en menor grado del V y del VII), de las vías cerebelosas y de las extrapiramidales. En psiquiatría se observa a menudo como efecto secundario de medicamentos como los antipsicóticos, el Litio, la Carbamazepina, las Benzodiazepinas, etc.

5.6. Afonía

Corresponde a la pérdida de la voz. La mayoría de las veces es ocasionada por causas locales, en primer término patología de la laringe. En neurología, se asocia a parálisis de los aductores de las cuerdas vocales. En psiquiatría, se encuentra como parte del cuadro clínico de algunos trastornos conversivos.

5.7. Disfonía

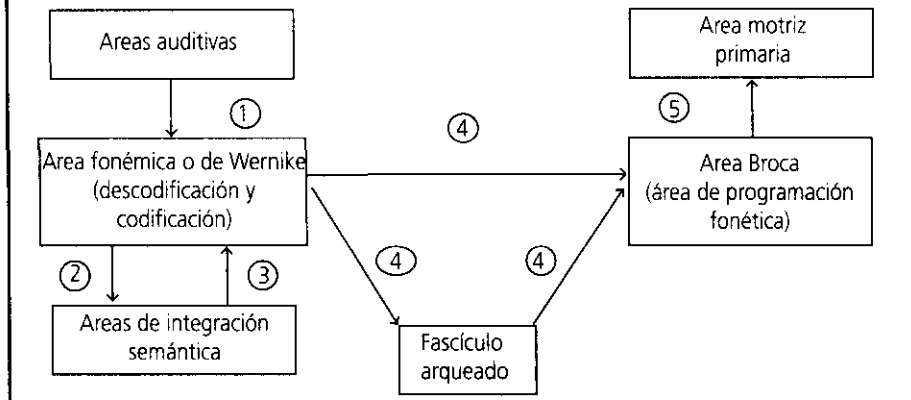
La palabra que mejor la explica es su sinónimo ronquera. Es debida a problemas laríngeos, si bien puede ser secundaria a distonía de las cuerdas vocales.

6. LA CLASIFICACIÒN DE LAS AFASIAS Y EL MODELO ESTANDAR DEL LENGUAJE

La palabra afasia alude a la incapacidad para producir y/o comprender el lenguaje. Abarca las alteraciones del polo expresivo y del receptivo, y tanto los aspectos orales como los escritos, si bien para estos últimos existen términos más específicos como agrafia y dislexia.

Hay infinidad de clasificaciones de las afasias, lo que dificulta su estudio. Para citar un ejemplo, la tradicional afasia de Wernicke se denomina afasia de Wernicke tipo I en la clasificación de Roch-Lecours y Lhermitte, afasia sensorial en la clasificación de Wernicke, afasia sensorial central (Goldstein), afasia sensorial y afasia acusticomnésica en la de Luria.

FIGURA 1. LOS CIRCUITOS DEL LENGUAJE Y LAS AFASIAS.



Se representa, según el modelo estándar, las áreas cerebrales relacionadas con el lenguaje y sus conexiones. En números aparecen los circuitos que conectan las diferentes áreas.
Lesión del circuito 1: sordera verbal pura.
Lesión del área de Wernicke: afasia de Wernicke.
Lesión de las áreas de integración semántica o de los circuitos 2 y 3: afasia trascortical sensorial.
Lesión del circuito 3: afasia amnésica.
Lesión del circuito 4: afasia de conducción.
Lesión del área de Broca: afasia de Broca.
Lesión del circuito 5: afemia.

Dado que la profusión de clasificaciones favorece la confusión categorial, en este capítulo se prefiere utilizar, como referente explicativo del lenguaje y sus alteraciones, el modelo estándar del lenguaje o de Wernicke-Geschwind, al que Damasio hizo algunas modificaciones. El modelo se basa en una serie de caminos que sigue la información lingüística desde su entrada por el oído hasta su producción por el aparato fonatorio. Aunque el modelo se refiere al lenguaje verbal, con algunas modificaciones es aplicable también al escrito (lectura y escritura). A continuación se presenta un esquema bastante simplificado del mismo y se discute el tipo de afasia asociado con la lesión de los distintos componentes. (Ver figura 1).

6.1. Sordera verbal pura

Los estímulos auditivos de tipo lingüístico viajan desde las áreas auditivas de la corteza cerebral hasta el área de Wernicke. Si se lesiona dicha vía los sonidos se pueden oír, pero no es posible identificarlos apropiadamente ni categorizarlos como fonemas. Es la denominada sordera verbal pura. La producción verbal no está comprometida y la persona afectada puede leer y escribir sin problemas, excepto en el dictado.

6.2. Afasia de wernicke

Al llegar al área de Wernicke, localizada en el lóbulo temporal. los sonidos ya están identificados como lingüísticos, pero aún no se han descodificado, acción que se efectúa aquí. Hay un análisis de lo escuchado: se lo compara con los registros auditivos de los fonemas y de las secuencias fonémicas que constituyen las palabras. La lesión de esta área produce la afasia de Wernicke. Como resultado, la persona afectada oye sonidos, los identifica como lingüísticos, pero no consigue reconocerlos como integrantes de palabras ni oraciones.

La comprensión y la denominación están afectadas masivamente; en la repetición hay parafasias, mientras la producción verbal no se ve comprometida e incluso aparece logorrea. Es de anotar que el área de Wernicke no sólo se encarga de la descodificación sino de la codificación posterior de los conceptos en palabras, lo que explica las vastas alteraciones lingüísticas observadas cuando se lesiona.

La experiencia cotidiana más parecida sucede cuando se escucha a alguien hablar en una lengua completamente desconocida. Hay una sucesión de sonidos casi indiferenciados, los cuales no se logra organizar en secuencias que constituyan palabras.

6.3. Afasia trascortical sensorial

Del área de Wernicke, la información lingüística pasa a un grupo de áreas intermedia-

rias (de integración semántica) encargadas de relacionar la palabras y oraciones con los conceptos, dando lugar a la asignación de un significado a lo escuchado. Si se lesionan estas áreas, se produce la afasia trascortical sensorial. Aunque se identifica los fonemas y las palabras, éstas no significan nada para el oyente. La comprensión del lenguaje se altera, pero la producción es fluida. La repetición está preservada y en la denominación hay parafasias, pues al estar desconectadas la palabras y su significado, no es fácil hallar el término apropiado para nombrar un objeto.

Es como asistir a una conferencia sobre filosofía de Foucault siendo absolutamente nuevo en el tema. Se reconoce las palabras como pertenecientes al Castellano, pero no se entiende el significado particular que les asigna el autor y por tanto no se comprende lo escuchado.

6.4. Afasia amnesica o anomia

Las áreas intermediarias (de integración semántica) se encargan de seleccionar las palabras adecuadas para expresar los conceptos. Una vez efectuada esta operación, la información lingüística viaja de vuelta al área de Wernicke. La lesión de esta vía da como resultado la afasia amnésica o anomia. En este caso, aunque los conceptos están presentes, no se encuentra las palabras precisas y apropiadas para expresarlos.

Lo más frecuente es un compromiso selectivo de algunos tipos de palabras, quedando preservadas las demás. Para citar un ejemplo, se pierden completamente las palabras relacionadas con las partes del cuerpo, pero todas la otras siguen estado a disposición del hablante cuando las necesite. Pueden verse comprometidas de manera específica las palabras que designan objetos animados, nombres propios, sustantivos, verbos, etc, según sea el caso. La comprensión del lenguaje, la nominación y la repetición está preservadas. La producción es fluida.

6.5. Afasia de conducción

De retorno en el área de Wernicke, la información lingüística se codifica, es decir, toma la forma específica de palabras. Desde allí viaja al polo anterior (o de Broca) a través de vías corticales y subcorticales, la principal de las cuales es el fascículo arqueado. En esta parte del camino, la información lingüística ya tiene un significado y una forma (la de palabras). Si se lesionan estas vías, se produce la afasia de conducción. Se compromete la información que va del polo receptivo al expresivo, llegando distorsionada al último. Aunque la comprensión no se afecta y la producción es fluida, en la repetición y la nominación hay parafasias, pues debido a la distorsión de la información se usa palabras inapropiadas para repetir lo escuchado y asignar un nombre a los objetos.

Una experiencia un tanto parecida sucede cuando nos piden explicar un concepto difícil que no manejamos suficientemente bien. No encontramos los términos precisos para hacerlo y recurrimos entonces a palabras aproximadas que no logran transmitir efectivamente lo que pretendemos.

6.6. Afasia de broca

El área de Broca, ubicada en el lóbulo frontal, es responsable de la producción y organización sintáctica del lenguaje. En caso de lesión, se produce la afasia de Broca, caracterizada por una reducción del lenguaje, en ocasiones limitándose tan sólo a estereotipias, y dificultades en la articulación de las palabras. La comprensión se halla comprometida, pero de manera más discreta que en la afasia de Wernicke. La denominación está alterada y la repetición se torna difícil. Las personas hablan poco, lo hacen de manera trabajosa y lenta y deben ser estimuladas para emitir unas pocas palabras. Dentro de este cuadro, hay fórmulas de cortesía y canciones que se dicen de manera fluida, pues corresponden a aspectos automáticos del lenguaje, los cuales no se ven tan afectados.

La gramática está alterada, dando como resultado un discurso entendible pero con construcciones inusuales y estilo telegráfico. Es importante anotar que la dificultad para hablar no depende de que haya parálisis parcial de los músculos requeridos para la articulación de las palabras, pues estos mismos músculos que funcionan mal en el acto de hablar lo hacen bastante bien en otras tareas.

6.7. Afemia

Del área de Broca, la información sale hacia la corteza motriz primaria donde se programan los movimientos apropiados de los músculos que producirán finalmente la palabras en su forma verbal. Si se lesiona esta vía se produce la afemia, cuya característica principal es la imposibilidad de emitir palabras (llegando hasta el mutismo). Sin embargo la comprensión no se altera y tampoco la escritura, pues lo único afectado es el paso final de la palabra programada a su ejecución mediante los movimientos musculares encargados de la fonación. De todas maneras, al no haber palabras, la repetición y denominación se ven comprometidas.

Desde luego aquí no se agota el tema. Hay otras variedades de afasias que no se han discutido, pero que pueden ser consultadas en los libros especializados en el tema.

7. Critica del modelo estandar

El modelo convencional para explicar el lenguaje y las afasias fue propuesto inicial-

mente por Wernicke y desarrollado por Lichtheim y otros a finales del siglo XIX. Se postulaba que el lenguaje abarcaba la comprensión, producción, denominación, repetición, lectura y escritura, cada una de las cuales (excepto la repetición) fue asociada con áreas cerebrales específicas. En el siglo XX, en los años sesenta, Norman Geschwind le dio un nuevo aire y lo reinstaló como el modelo dominante del procesamiento cerebral del lenguaje. Actualmente el modelo estándar se sigue utilizando ampliamente. Sin embargo, sus limitaciones teóricas y metodológicas son cada vez más evidentes, lo que ha dado lugar a nuevas propuestas.

No se puede olvidar que el modelo nació con los descubrimientos de Broca y Wernicke, explicados ambos desde una perspectiva que daba amplio crédito a las localizaciones cerebrales gruesas y estaba notoriamente influenciada por la frenología de Gall. Según esta última teoría, era posible, en ocasiones tan sólo mediante la palpación del cráneo, detectar las prominencias cerebrales asociadas con las facultades mentales.

Alfonso Caramazza (1997) propone un abordaje completamente diferente. Ve el lenguaje como un conjunto de habilidades producto de la actividad de varios mecanismos procesadores operando sobre formas diferentes de conocimiento. Aún las tareas más simples como leer una palabra en voz alta implican distintos tipos de representación (visual, grafémica, lexical-ortográfica, semántica, lexical-fonológica, fonológica, articulatoria). En su opinión, no hay un centro cerebral único para la lectura, la escritura o la comprensión del lenguaje, pues estas habilidades son el producto de una vasta red de mecanismos perceptivos, motrices y cognoscitivos que involucran varias áreas en ambos hemisferios. No es conveniente seguir interpretando los trastornos en términos de un grupo limitado de síndromes, pues hasta la afasia de Broca y los demás síndromes clásicos no representan más que agrupamientos sintomáticos arbitrarios. Añade que hay muchos trastornos que sólo se pueden entender como formas de daño al complejo sistema de procesamiento que sustenta al lenguaje

Hay un cambio de perspectiva. De la clasificación de las alteraciones basada en funciones y tareas (repetición, nominación, escritura) a una basada en mecanismos cognoscitivos (procesos sintácticos, acceso a léxico). La consecuencia de esta nueva mirada ha sido el descubrimiento de muchos nuevos e importantes patrones de disfunción del lenguaje.

Percepción

1. INTRODUCCIÓN

El entorno, el mundo que nos rodea, no es tan claro, definido ni diferenciado como lo experimentamos. Ni siquiera sabemos cómo es realmente. De él, lo único que tenemos son las imágenes proporcionadas por un complejo proceso que comienza en la estimulación de los órganos de los sentidos. Estos últimos no nos dan una imagen en espejo del mundo, por cuanto no son aparatos pasivos de registro de lo existente. Es más, la información que transmiten es poco precisa y, por sí sola, no es suficiente para explicar la complejidad de los fenómenos perceptivos. Lo que experimentamos como realidad es producto del trabajo de nuestro psiquismo, trabajo consistente en seleccionar, organizar e interpretar (dar sentido a) los estímulos externos.

El proceso sensoperceptivo es sorprendente por su rapidez y eficacia. Nos permite discernir un susurro en medio de una habitación ruidosa y reconocer inmediatamente un rostro familiar entre una gran multitud. Lo más llamativo es que no requiere de un aprendizaje mediante instrucciones explícitas. No necesita de ellas para procesar los estímulos visuales en términos de forma, color y movimiento. Presupone esto la existencia de una serie de mecanismos cerebrales surgidos en el transcurso de la evolución y compartidos por todos los humanos. Como anota Damasio (1996), la evolución le dio al cerebro la tarea de representar, mediante imágenes, directamente al organismo e indirectamente a todo aquello con lo que ese organismo interactúa.

La sensopercepción no nos informa acerca del mundo de una manera burda. Por el contrario, son sus mecanismos sutiles los que explican su eficiencia. No serviría mucho tener una imagen de un animal visto desde un costado y segundos después una imagen distinta al verlo de frente si no sabemos que se trata del mismo animal. No sería útil para la supervivencia un sistema que funcione de esa manera. Es necesaria una cierta estabilidad en los objetos y hechos del mundo que nos rodea para poder interactuar con ellos. Juzgamos acertadamente el tamaño de un edificio si nos encontramos a 20 o 100 metros de distancia. La retina forma dos imágenes distintas según nos ubiquemos (a 20 o 100 metros), la sensopercepción permite que las reconozcamos como pertenecientes al mismo objeto y asumamos que sus dimensiones no han cambiado; en otras palabras, confiere estabilidad a lo existente.

Se suele dividir la sensopercepción en sensación y percepción. La sensación correspon-

de a la recepción, sin elaboración alguna, de la información del medio gracias a la acción de los órganos de los sentidos. En cambio, la percepción parte de la sensación. La información inicial es organizada e interpretada (se le confiere un sentido), dando lugar a lo que conocemos como experiencia sensoperceptiva. En la vida cotidiana, no disponemos de dos procesos aislados, sino de uno solo. La sensación es importante como objeto de estudio del proceso, pero en la conciencia se presenta la experiencia sensoperceptiva como una sola, completa e indisociable.

2. DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN

Diariamente vemos los rostros de amigos, escuchamos melodías, percibimos el olor de algunos platos y los degustamos con placer. Sentimos frío o calor. Si una aguja penetra la piel el dolor se hace presente. Disfrutamos los besos y caricias. Diferenciamos si estamos de pie u horizontales sobre un lecho. Nos mortificamos con la distensión abdominal producida por un alimento. Sabemos si una pierna se halla extendida o está cruzada sobre la otra. Todo lo anterior es posible gracias a la sensopercepción.

El organismo necesita bastante información con el fin de garantizar su supervivencia. Para esto, dispone de mecanismos que captan constantemente información sobre el funcionamiento de sus células y tejidos y ponen en juego acciones tendientes a mantener ciertos patrones y rangos dentro de los cuales su propia economía opera probablemente de manera óptima, con ahorro de energía y ajustes más rápidos y sencillos. Por ejemplo, la disminución de los niveles de azúcar en la sangre desencadena un conjunto de respuestas fisiológicas encaminadas a restituirlos a su valor normal; el aumento de cortisol inhibe la producción de ACTH en la hipófisis; una disminución en la presión arterial se compensa en parte con un aumento de la frecuencia cardiaca. Sin embargo, aunque el correcto funcionamiento de estos mecanismos reguladores es sumamente importante para la vida, ninguna de sus acciones se presenta directamente al psiquismo en forma de imágenes perceptivas. Así, por más que lo intentemos, no nos damos cuenta, concientemente, del aumento del cortisol. La hipoglicemia nos produce hambre, pero ninguna imagen perceptiva acerca de ella ni de la gran cantidad de correctivos que se han puesto en juego en ese momento. En conclusión, de un gran número de acciones que ocurren en el organismo no tenemos información conciente, lo que equivale a decir información en forma de imágenes mentales.

Sin embargo, el panorama no se reduce a un conjunto de procesos de los que nada sabemos. Del propio cuerpo, la información referente a la posición corporal total y de cada una de sus partes va a ser procesada por el sentido vestibular de la posición corporal y la propiocepción conciente respectivamente. De esta manera nos percatamos si estamos de pie o acostados, con las piernas cruzadas o estiradas. De las vísceras, tam-

bién hay información. Merced a ello experimentamos distensión abdominal, urgencia de orinar y diferentes tipos de dolor en partes del cuerpo como el tórax y abdomen.

Aunque todo lo anterior es bastante, no es suficiente. Los seres humanos, dotados de un organismo complejo, requieren aún más información para regular el comportamiento y adaptarlo al medio. De hecho, en este último, existe un sinnúmero de posibles estímulos: el organismo capta la luz mediante la visión, las ondas de presión en el aire mediante el oído, las sustancias químicas disueltas en la saliva mediante el gusto, las moléculas en el aire mediante el olfato y la presión, temperatura y dolor superficial mediante la sensibilidad cutánea.

Aunque se acostumbra fijar en cinco el número de los sentidos, se aprecia que son más. Todo depende de la clasificación utilizada y de si se considera igual de importante la información proporcionada por la visión como la proveniente de la propiocepción conciente.

En la sensopercepción se procesan dos tipos de estímulos:

1- Externos.
   - Visuales
   - Auditivos.
   - Gustativos.
   - Olfativos.
   - Tactiles: estímulos dolorosos, térmicos (frío y calor) y de presión superficial.

2- Internos:
   - Cinestésicos: estímulos que informan acerca del movimiento y posición de las partes del cuerpo, especialmente de las extremidades y la cabeza (propiocepción conciente).
   - Cenestésicos: estímulos provenientes de los órganos internos tales como la sensación que produce un medicamento en forma de tableta al atravesar con dificultad el esófago.
   - Los que indican la posición corporal global con respecto al espacio (sentido vestibular de la posición corporal).

3. TIPOS DE IMAGENES SENSOPERCEPTIVAS

Si una persona observa la reproducción de una pintura impresa en un libro, escucha una canción en la radio, posa sus dedos en la superficie de un vaso que contiene una bebida

fría, evoca el olor de un perfume o lee con detenimiento cada una de estas líneas, el procesamiento sensoperceptivo arroja como resultado imágenes de diversas modalidades sensoriales. Es de aclarar, que las imágenes sensoriales no son sólo visuales; los sonidos provenientes de la radio se transforman en imágenes auditivas, así como el contacto entre los dedos y el vaso se convierte en imágenes tactiles de frío.

Algunas de esas imágenes se forman a partir de la estimulación de receptores sensoriales orientados al exterior del cuerpo (la retina) o hacia su interior (propiocepción); pero otras veces lo hacen bajo el control de instancias intrapsíquicas (o intracerebrales si se quiere) como sucede con las imágenes evocadas en los recuerdos. Estas imágenes son más importantes de lo que se cree. Para Damasio (1996), el contenido del pensamiento está constituido en gran parte por ellas, independientemente de la modalidad sensorial en la que son generadas y de si se refieren a una cosa o a un proceso que implica cosas. Advierte que hasta las palabras y los símbolos abstractos, si no se convirtieran en imágenes, por fugaces que fueran, no serían algo que pudiéramos conocer ni manipular concientemente. Las imágenes que la mente forma pueden ser divididas en:

3.1. Imagen sensorial

Es la imagen sensoperceptiva por excelencia. Se origina a partir de la presencia de un estímulo claramente identificable. Posee nitidez (claridad y precisión), es estable (mantiene sus características) y no es modificable por la voluntad de quien la experimenta. Es aquella que obtenemos directamente al mirar una montaña, escuchar una melodía y degustar el sabor de un alimento que hemos llevado a la boca.

3.2. Imagen mnemonica o mnemica

Es la imagen de los recuerdos. Es traída a la mente consciente desde la memoria. No es tan nítida ni estable como la sensorial y aunque puede ser evocada o escondida voluntariamente, no está sujeta del todo a la voluntad. Además, se requiere un esfuerzo para mantenerla en la conciencia y aún así sus características tienden a perderse. Ej. Una mujer recordaba los zapatos que calzó en una ocasión especial. Aunque nunca le gustaron la forma ni el color, no podía modificar esas características, pues eran parte fundamental del objeto evocado.

Las imágenes mnemónicas no son una reproducción exacta del "original", son más bien una interpretación, una versión reconstruida. Nos queda claro cuando evocamos un rostro o la voz de una persona conocida. Las imágenes, en estos casos, por más que nos esforcemos en adicionarles detalles, no son como el original, apenas se parecen a él en mayor o menor grado.

3.3. Imagen fantástica

Es la imagen de los sueños diurnos, especialmente cuando alguien fantasea situaciones que le gustaría vivir. Es una creación personal. En cuanto a nitidez y estabilidad es igual a la mnemónica, pero a diferencia de ésta se halla sujeta a la voluntad. Un hombre relataba que buena parte de su tiempo la dedicaba a fantasear acerca del momento en que cobraba el premio mayor de una lotería; en imágenes visuales se veía a sí mismo recibiendo el cheque, cobrándolo y gastando el dinero obtenido.

Las imágenes fantásticas no solo sirven al propósito de los sueños diurnos cargados de deseos. En ellas es posible representar lo que ocurrirá en un posible futuro y de esta manera disponer de varias alternativas de actuación con el fin de escoger la más apropiada. Lo que se abre paso es la planeación del futuro, e incluso la creatividad, usando las imágenes de algo que aún no ha ocurrido y quizá nunca ocurra.

3.4. Imagen onirica

Es la imagen de los sueños que se presentan al dormir. No es nítida ni estable y tampoco es influenciable por la voluntad. Durante el sueño, el psiquismo las acepta como reales, pero una vez concluido reconoce que no lo son. Una pesadilla genera ansiedad intensa, la que desaparece al despertar y comprobar que sólo se trataba de eso.

Lo habitual es que seamos capaces de diferenciar qué tipo de imágenes tenemos en nuestra mente conciente. Sin embargo, no siempre sucede así. Algunas personas que presentan síntomas psicóticos, especialmente si entre ellos figura la desorganización del pensamiento, no logran diferenciar unas de otras. En su narración aparecen entremezclados y presentados como reales recuerdos, fantasías, alucinaciones y hechos efectivamente acaecidos. W.Z. vivió durante dos años en Amsterdam donde trabajó como mesera. Tenía muchos recuerdos de esa época, sobre todo de los amigos y los paseos por la ciudad. Además, con frecuencia fantaseaba acerca de la relación con su novio. Fue hospitalizada por presentar inquietud, actitud hostil y desorganización del pensamiento. Narraba sus vivencias inmediatas de esta manera:

"Estoy en el hospital por un problema de nervios. Cuando venía hacia acá vi a mis amigos de Amsterdam que me saludaban y deseaban buena suerte. Mi novio también se encuentra aquí, siento que me sonríe y quizás me proponga matrimonio".

Un fenómeno curioso del proceso sensoperceptivo ocurre en la cinestesia o kinestesia. Las experiencias sensoperceptivas de una determinada modalidad sensorial se perciben como si fueran de otras. Al parecer, Mozart hablaba de los colores que poseían los sonidos. Los consumidores de LSD afirman que son capaces de ver los sonidos y escuchar los colores.

4. FACTORES DE IMPORTANCIA EN EL PROCESO SENSOPERCEPTIVO

4.1. Atención

En cada instante, la cantidad de estímulos sensoriales susceptibles de ser captados es enorme. Hay sonidos por doquier, los olores siempre están presentes en el entorno y ni se diga de la temperatura o posición de las partes del cuerpo. La inmensa mayoría jamás son percibidos o sólo vagamente (es físicamente imposible representarlos en tiempo real en un espacio limitado como el cerebro). Unos pocos se convierten en sensopercepciones. Hay entonces una filtración activa de estímulos.

Es aquí donde entra en juego un componente muy importante del proceso sensoperceptivo: la atención. Si alguien lee un entretenido libro mientras en la televisión presentan un noticiero, la mayor parte del tiempo no se va a molestar por el sonido de fondo y prosigue la lectura sin mayor incomodidad. Pero si aparece una noticia de importancia abandona el libro y se centra en el nuevo tema que ahora le interesa, pues gracias a la atención, sólo unos pocos estímulos, los más relevantes en cada momento, se seleccionan activamente y se vuelven concientes.

En la atención que se preste al estímulo influyen dos tipos de factores: los relacionados con las características del estímulo y con los aspectos personales de quien percibe.

4.1.1. Aspectos del estímulo

Los aspectos del estímulo que atraen la atención son: intensidad, novedad, movimiento, contraste y repetición. Si en una noche oscura y silenciosa se escucha un sonido agudo, extraño, repetitivo, difícil de precisar en cuanto a su origen y cambiante en lo que se refiere a lugar de procedencia, el ruido reúne todas las características para convertirse en foco de atención. En general, estímulos intensos como los colores brillantes, novedosos como un rostro desconocido en una reunión de amigos y contrastantes como un objeto pequeño y oscuro en un vaso de leche captan más fácilmente la atención. Igual sucede con los estímulos móviles en comparación con los inmóviles. En cuanto a la repetición, al comienzo un estímulo repetitivo tiene mayor posibilidad de atraer la atención, pero a largo plazo sucede lo contrario: pasa desapercibido. Es lo que ocurre cuando un ruido de fondo interrumpe una conversación. Si persiste, los interlocutores hacen caso omiso y continúan la charla como si no estuviese presente.

4.1.2. Aspectos personales

Los aspectos personales son determinantes en la sensopercepción. Las necesidades del organismo no dan mucha espera. Si tenemos hambre, los estímulos referentes a la comida ocuparán rápidamente la atención. Pero también los intereses nos llevan a seleccionar algunos estímulos de manera preferencial. Un diseñador de muebles que busca ideas para su trabajo, al entrar a una biblioteca no se detiene en los libros, se fija ante todo en los estantes y sus materiales. Ciertas experiencias previas influyen de manera importante. Alguien que hace poco se haya accidentado, al viajar en un carro observará el indicador de velocidad con mayor frecuencia que los otros ocupantes. Incluso ciertos estados del organismo juegan un papel activo. Cuando las personas están fatigadas o somnolientas, la atención se ve disminuida y la sensopercepción puede comprometerse.

Algunos estímulos, aparentemente, no atraviesan por el filtro de la atención y sin embargo dan origen a imágenes mentales. Estímulos que pasan inadvertidos pueden momentos después figurar en primer plano. Suele ocurrir que aunque no habíamos escuchado algunas frases pronunciadas por otros durante una conversación despreocupada, poco después ellas vienen a nuestra conciencia, esta vez acompañadas de cierto tinte emocional.

4.2. Organización e interpretación de los estímulos

La sensopercepción no sólo filtra y dirige la atención hacia ciertos estímulos, también los organiza y les da un sentido. Hace ya bastante tiempo los psicólogos de la Gestalt dieron a conocer la tendencia a organizar los estímulos en un todo unitario y significativo. En la percepción visual destacaron las relaciones de fondo y figura como principios organizativos. En toda observación, se destaca algo (la figura) sobre el fondo. Lo que se destaca como figura tiene bordes claros y se registra con más facilidad en la memoria, mientras el fondo carece de bordes definidos y parece rodear la figura. Lo que se destaca como figura no necesariamente es igual para todos. Dos o más personas al observar algo pueden destacar como figura y poner como fondo objetos totalmente diferentes. Lo mismo ocurre con los estímulos auditivos que genera la música, donde la melodía hace el papel de la figura y el resto de los sonidos conforman el fondo.

Los psicólogos de la Gestalt estudiaron igualmente otros principios de organización perceptiva encontrando además una tendencia del psiquismo a llenar los vacíos de un estímulo incompleto y representarlo finalmente como completo. Si alguien al hablar omite algunos sonidos, quien lo escucha no repara mucho en ello y asume las palabras como si estuvieran completas. De esta manera pasamos por alto y entendemos sin ningún problema a personas que al hablar dejan de pronunciar el fonema correspondiente a la "s" del español o cambian fonemas como el de la "r" por "j", tal como lo hacen los oriundos del Caribe. Lo que percibimos, lo que llega a nuestra conciencia, es el resultado de las características del estímulo real y de los procesos que constituyen la sensopercepción.

Dado que los estímulos del entorno son múltiples y poco precisos, el proceso sensoperceptivo es un intento de buscar la mejor interpretación posible del mundo

que nos rodea. Esa búsqueda no es una tarea totalmente nueva cada vez que aparece un estímulo. Las experiencias previas son determinantes. Con base en ellas podemos predecir y completar las características de los estímulos sensoperceptivos. Hay varios ejemplos ilustrativos. El principio de la televisión es la proyección de puntos de colores en una pantalla, es lo único que hay allí. Cuando alguien afirma ver un rostro, en realidad interpreta los puntos y asoma a una conclusión. Si cambiamos algunas consonantes por la letra D en la oración *"el dafé colomdiano diene un suade adoma"*, la logramos comprender gracias al proceso interpretativo y el conocimiento previo del idioma español.

4.3. Experiencia previa y aprendizaje

Cuando una persona sin entrenamiento previo se acerca a una placa de rayos X e intenta describir lo que observa, es poco lo que verá. En cambio, cuando un radiólogo hace el mismo ejercicio, observará una gran cantidad de detalles que pasaron desapercibidos para el profano. El estudio de la radiología y la observación continua de las placas han aumentado su capacidad de discriminar y encontrar sentido a una cantidad de figuras, sombras y matices. Un catador de vino experimentado también posee una mayor capacidad para discriminar sabores e interpretarlos. Una vez los diferencia, puede ubicar además la procedencia del vino y su edad. Así, cuando se conoce muy poco acerca de algo, es más difícil captarlo con nitidez. En cambio, cuando los conocimientos son vastos, esos mismos estímulos se vuelven inmensamente ricos en detalles y complejos en cuanto a interpretaciones.

Las experiencias previas nos brindan un repertorio de representaciones internas con las cuales comparar los nuevos estímulos externos que encontramos. Sin son semejantes, estamos seguros de haber identificado el nuevo estímulo. Si no lo son, buscamos la representación interna que mejor se ajuste con el estímulo. Por ende, se puede decir que las experiencias sensoperceptivas previas sirven de guía para lanzar hipótesis sobre los nuevos estímulos. Cuando leemos algo rápidamente, saltamos renglones y con base en los apartes leídos conjeturamos (proponemos hipótesis) acerca de lo que dicen los renglones omitidos.

Desde luego, hay que ser cautos al hablar de representaciones internas, pues el psiquismo no almacena fotografías ni películas con objetos o escenas de nuestra vida, tampoco cintas de audio con música o pasajes de conversación. No hay imágenes que se conserven de manera permanente. No hay microfichas ni microfilmes. Cuando se alude a representaciones internas como patrones de comparación de las nuevas experiencias sensoperceptivas, el término se usa para referirse a lo que Damasio (1996) llama representaciones disposicionales, es decir pautas para replicar momentáneamente imágenes aprendidas en el pasado.

4.4. Sistema de creencias

Desde muy temprano, en la infancia, se vislumbra en los seres humanos la tendencia a explicar cuanto sucede a su alrededor. Algunas de esas explicaciones se vuelven fundamentales para entender los acontecimientos: las sentimos más válidas y cercanas que otras, las apreciamos y utilizamos con más regularidad. Se constituyen en el sistema de creencias. Su papel no se limita a explicar *a posteriori* lo percibido. Antes de percibir algo, ya han condicionado fuertemente el proceso sensoperceptivo; han creado expectativas sobre lo que se puede y se va a encontrar. Es tan fuerte su influencia que llegan a facilitar incluso la aparición de alucinaciones. Si en el sistema de creencias de alguien es posible y perfectamente válida la existencia de fantasmas, es probable que en algún momento los observe.

En este orden de ideas, Karl Popper afirma que no hay percepciones puras, pues son imposibles. Los datos que captan los sentidos son los que se espera que ocurran de acuerdo con lo permitido por el sistema de creencias. Un ejemplo de ello lo encontramos en la tendencia a seleccionar los estímulos del medio de acuerdo con las ideas y juicios propios y a desestimar o deformar los estímulos contrarios. Si alguien piensa que otro es tacaño, seleccionará y destacará todas las situaciones que sostengan su punto de vista y omitirá aquellas en las que su interlocutor se haya mostrado generoso.

5. EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA SENSOPERCEPCIÓN

La evaluación clínica de la sensopercepción se inicia tan pronto el paciente llega al consultorio o la sala de urgencias. Si se observa distraído, presta atención a lugares del ambiente donde no hay personas hablándole, responde y hasta discute y pelea "con el aire", muy probablemente tiene alucinaciones auditivas. Lo mismo debe sospecharse si está atemorizado, mutista y completamente inmóvil. Cuando alguien tiene alucinaciones visuales terroríficas presenta temor intenso, movimientos de protección con las manos e intentos de correr, huir o agredir.

Aun cuando algunos pacientes relatan espontáneamente la presencia de alucinaciones, otros no lo hacen. A ellos conviene formularles algunas preguntas aclaratorias como las siguientes:

- ¿Escucha actualmente o ha escuchado alguna vez voces o ruidos que nadie más pudiera oír o cuando no hubiera nadie a su lado?
- ¿Tiene actualmente o ha tenido alguna sensación extraña (o rara) en su cuerpo que otros parecen no tenerla?
- ¿Tiene actualmente o ha tenido alguna vez visiones o ha visto cosas que los otros parecen no ver?

En el examen mental se consignará *"sensopercepción sin alteraciones"* cuando no las haya. Si se encuentra alguna alteración, por ejemplo, una alucinación, se describirá la modalidad sensorial y el contenido respectivo. Si se quiere ser más explícito aún, cuando haya alucinaciones auditivas complejas se incluirá lo que dicen las voces que escucha el paciente.

En la historia clínica aparecerá:

Sensopercepción: alucinaciones auditivas complejas consistentes en una voz que le habla y lo insulta. La voz dice: "eres un pobre diablo, nunca has servido para nada. Eres la peor persona del barrio. Nadie te quiere y por eso te van a golpear".

6. ALTERACIONES DE LA SENSOPERCEPCIÓN

6.1. Ilusiones

Corresponden a la percepción errónea de un estímulo: se produce una deformación de sus características relevantes. Aunque el estímulo existe, el psiquismo elabora una imagen deformada del mismo. De este modo, un murmullo es tomado por una voz de advertencia y un grupo de monedas es visto como si se tratara de insectos

Hay ilusiones en todas las modalidades sensoperceptivas, si bien las más frecuentes son las visuales y auditivas. Algunas de ellas son pasajeras y fácilmente corregibles; como sucede cuando alguien inicialmente considera que hay una figura humana amenazante en el camino y luego reconoce que se trata de un arbusto. Sin embargo, en otras ocasiones, la persona no se percata del error y no consigue corregirlo.

Las ilusiones se hacen presentes en diversas circunstancias, destacándose:

6.1.1. Cuando hay compromiso del estado de conciencia. En los estados de somnolencia y especialmente en el de confusión, las características de los estímulos pierden notoriamente su nitidez y se prestan a deformaciones. Un hombre de 50 años, presentó confusión en el periodo postoperatorio. Se notaba sumamente asustado pues veía la silla de su habitación como un animal extraño de cuatro patas.

6.1.2. Las emociones intensas modifican el proceso sensoperceptivo. A los estímulos se les adiciona o sustrae atributos y aparecen las ilusiones. El miedo hace que se confundan las formas y se conviertan en figuras amenazantes. La mezcla de emociones y pensamientos que acompañan el intenso fervor religioso lleva a que algunos creyentes observen sonrisas o gestos en las pinturas y esculturas y hasta tomen por palabras algunos sonidos cercanos.

6.1.3. Sustancias como la marihuana y los alucinógenos hacen que los colores se perciban más brillantes. Además, producen la experiencia subjetiva de dilatación del tiempo, esto es, el tiempo transcurre mucho más lento.

6.1.4. En trastornos psicóticos y en episodios maniacos con frecuencia se observan ilusiones tanto visuales como auditivas. Algunos ruidos son interpretados como voces de personas y ciertos gestos se los ve como actitudes abiertamente amenazantes. Un paciente con esquizofrenia decía que todas las personas, tan pronto lo veían, le mostraban sus manos adoptando la forma de un puño. A pesar de que las manos de los entrevistadores descansaban sobre el escritorio, insistía en que tenían dicha forma. En la esquizofrenia, las ilusiones pueden estar presentes durante la fase activa del trastorno, pero igualmente pueden encontrarse en la fase prodrómica y en la residual.

6.1.5. Hay ilusiones, especialmente visuales, como parte del cuadro clínico de diversas enfermedades neurológicas. En algunos tipo de epilepsia, los objetos se perciben de menor tamaño (micropsia), de mayor tamaño (macropsia), alejándose o acercándose.

6.2. Alucinaciones

Corresponden a la formación de una imagen sensorial sin que exista un estímulo que la origine, sin que haya una estimulación identificable de los órganos de los sentidos. Son famosas en el cine y la televisión las alucinaciones visuales que experimenta quien se pierde en el desierto: ve con claridad fuentes de agua y otros líquidos donde no hay más que arena.

Al igual que las imágenes sensoriales normales, las imágenes de las alucinaciones son claras, precisas, bien definidas y no están sujetas a la voluntad. Debido a estas características, de buenas a primeras no se reconoce su carácter irreal, se las acepta como si se tratara de una experiencia como cualquier otra. Aunque algunas personas no logran darse cuenta de que están experimentado una alucinación, hay otras que pueden hacerlo y las identifican apropiadamente como un fenómeno psíquico sin base en la realidad.

La gran mayoría de las alucinaciones se enmarcan dentro de un estado de conciencia alerta, si bien algunas aparecen en estados de somnolencia o confusión. Se presentan en todas las modalidades sensoriales, siendo las más frecuentes las auditivas.

Las alucinaciones constituyen un síntoma psicótico y forman parte del cuadro clínico de los trastornos psicóticos. Pueden aparecer también en transtornos afectivos, en diversos transtornos asociados al uso de sustancias (marihuana, cocaína, LSD) o medicamentos y como parte de enfermedades tan variadas como la epilepsia y tumores cerebrales.

Pero no siempre son patológicas. Algunas personas sin trastorno mental tienen experiencias alucinatorias ocasionales y transitorias. La sugestión directa o indirecta, así como la práctica de ciertos ejercicios de concentración y similares, como se propone en algunas religiones, favorecen su emergencia. La ausencia de estímulos actúa como otro factor facilitador. Es conocida la "hipnosis de la autopista", cuando al recorrer una carretera por muchos kilómetros sin encontrar nada que produzca distracción, el conductor se fija permanentemente en la línea interminable del horizonte o en el tablero del automóvil y aparecen alucinaciones visuales.

Muchas de las personas que tienen alucinaciones y no reconocen su carácter patológico buscan explicarlas y encontrarles algún hecho que las sustente. Piensan que hay espíritus, demonios o similares detrás de las alucinaciones auditivas. Estas explicaciones a menudo constituyen la base para la consolidación de ideas delirantes.

El término *"alucinación"* suele aplicarse, aunque no de manera conveniente, a las curiosas y frecuentes percepciones que se producen alrededor del sueño. Las personas experimentan algo parecido a una caída en vacío mientras concilian el sueño o cuando despiertan (alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas respectivamente).

6.2.1. Alucinaciones auditivas

Corresponden a la presencia de imágenes sensoriales auditivas sin que existan estímulos externos que las originen. En opinión de algunos, es importante diferenciar si se perciben como originadas dentro o fuera de la cabeza. En el primer caso las denominan pseudoalucinaciones. Sin embargo, en manuales actuales como el DSM IV no se confiere mayor importancia al asunto.

Se dividen en simples y complejas. Las simples consisten en ruidos, zumbidos, murmullos y silbidos poco específicos. Las alucinaciones complejas corresponden a una o más voces de personas que hablan de forma clara y perfectamente entendible. Puede aparecer una sola voz que da órdenes o insulta pero también dos o más voces que comentan entre sí las acciones de la persona. Esto último es característico de la esquizofrenia. A veces el paciente es capaz de identificar las voces como pertenecientes a personas conocidas.

El contenido de las alucinaciones auditivas por lo general es peyorativo. Hay insultos, amenazas, imposiciones y comentarios desagradables la mayor parte de las veces. No obstante, en ocasiones las voces encargan a la persona misiones religiosas o políticas especiales y le infunden ánimo, valor y confianza. Q.W., un hombre de 32 años, escuchaba una voz que identificó como la de un vecino. Desde que se levantaba la voz lanzaba insultos, dudaba de su orientación sexual, le criticaba el mal gusto para vestir y lo prevenía acerca de las agresiones que le iban a propinar sus familiares. En psiquia-

tría, las alucinaciones auditivas se presentan principalmente en los trastornos psicóticos y en los trastornos afectivos con síntomas psicóticos. Pero pueden hacer parte del cuadro clínico de diversas enfermedades neurológicas, endocrinas e inmunológicas.

Cuando las alucinaciones auditivas, y en general cualquier alucinación, hacen parte de un cuadro afectivo (depresivo, maniaco o mixto) es importante especificar si son o no congruentes con el estado de ánimo. Esto es, si guardan coherencia con el estado de ánimo predominante y los contenidos del pensamiento. Si hay depresión, serán congruentes las alucinaciones cuyas voces hablan de culpa, minusvalía, desesperanza, muerte, ruina. En la manía, las que se refieran a valor, poder, riqueza, etc. R.W. estaba deprimido y tenía alucinaciones auditivas congruentes con su estado de ánimo. Escuchaba voces que le reprochaban su incapacidad para sostener económicamente a la familia, le auguraban gran pobreza y lo instaban al suicidio. Otro paciente presentaba un episodio maniaco, pero sus alucinaciones auditivas no eran congruentes con el estado de ánimo. Escuchaba un par de voces dialogando acerca de los gastos superfluos en que incurría y del exceso de confianza que depositaba en sus hermanos, los cuales (pronosticaban las voces) lo iban a traicionar tarde o temprano.

6.2.2. Alucinaciones visuales

Corresponden a la presencia de imágenes sensoriales visuales sin que existan estímulos externos que las originen. Al igual que las auditivas, se dividen en simples y complejas. En las simples hay destellos de luz, manchas coloreadas o figuras geométricas. Casi siempre se asocian a lesiones en el lóbulo occipital y a consumo de sustancias, especialmente alucinógenos como el LSD y la Psilocibina. En las alucinaciones complejas hay imágenes estructuradas en las que la figura es clara y precisa pero el fondo es borroso y a veces ausente. La persona que la experimenta puede describir un rostro humano con rasgos definidos sobre un fondo opaco o sirviéndole de fondo los mismos elementos que existen en el entorno.

En un gran número de ocasiones, las imágenes corresponden a figuras humanas, especialmente rostros con expresiones y actitudes amenazantes. También aparecen imágenes aterradoras como llamas que intentan envolver a quien experimenta la alucinación.

En el delirium por abstinencia de alcohol, conocido también como Delirium Tremens, se presentan alucinaciones visuales en las que el paciente observa insectos y animales de tamaño pequeño que se desplazan por las paredes, en el aire y sobre su piel. Esto ocasiona un miedo intenso que puede motivar a la persona a defenderse o huir del ataque que imagina va a sufrir.

En quienes tiene ideas delirantes místicas y mágicas, pueden presentarse alucinaciones visuales con un contenido a menudo considerado agradable. Z.Q., una mujer de 25

años, decía que desde la edad de 14 Dios se comunicaba con ella y le encargaba misiones. Observó a Dios con diferentes atuendos, a veces imponente, pero casi siempre amable. Disfrutaba de esos encuentros y se sentía complacida por haber logrado mantenerlos a través del tiempo.

La ausencia de estímulos puede facilitar la aparición de alucinaciones visuales. Ya se mencionó la "hipnosis de la autopista". Igual mecanismo se ha postulado para explicarlas en casos de personas conectadas a un ventilador por largo tiempo y en quienes padecen cataratas.

6.2.3. Alucinaciones gustativas y olfativas

Corresponden a la presencia de imágenes sensoriales gustativas y olfativas sin que existan estímulos externos que las originen. Ambas son raras, pero más las gustativas.

La dos hacen parte del cuadro clínico de algunos tipos de epilepsia. En estos casos, si son gustativas se experimenta un sabor desagradable, habitualmente pasajero. Las olfativas, por lo general, se asocian a crisis originadas en el lóbulo temporal y duran de segundos a minutos.

En psiquiatría, se las encuentra sobre todo en el trastorno delirante de tipo somático. El paciente asegura percibir un olor desagradable emitido desde su boca, piel, ano o vagina. Estas alucinaciones son duraderas y se acompañan de ideas delirantes acerca del mal olor que expele.

6.2.4. Alucinaciones táctiles

Corresponden a la presencia de imágenes sensoriales tactiles sin que existan estímulos externos que las originen. Son relativamente raras. En pacientes con Delirium por abstinencia de alcohol, junto con las de tipo visual, hay alucinaciones tactiles. Los insectos y otros animales no sólo se ven sino también se sienten desplazándose sobre la piel. En el transtorno delirante de tipo somático los pacientes tienen sensaciones de hormigueo por fuera o dentro de la piel, las que explican como una infestación de insectos u otros animales. Una alucinación parecida a esta última se ha visto asociada al consumo de cocaína.

6.2.5. Alucinaciones cenestésicas o somáticas

Las alucinaciones detalladas previamente se relacionan con estímulos externos. Al alucinar, el psiquismo (o el cerebro) representa como externo algo que no existe por fuera de él. La voz de la alucinación auditiva no existe por fuera del cuerpo, pero se representa como si así sucediera. La situación se complica cuando los estímulos no son externos al cuerpo, cuando provienen de él.
De la piel, los músculos, los huesos, las articulaciones y las vísceras; de los movimientos y posiciones de regiones grandes como la cabeza o las extremidades y hasta del

cuerpo como un todo, el cerebro recibe información constante y elabora representaciones de lo que pasa momento a momento. Si el proceso se altera de alguna manera, aparecen imágenes deformadas del cuerpo que no representan adecuadamente lo que sucede. A esta clase de imágenes sensoriales se les denomina alucinaciones cenestésicas. A veces también se las llama como somáticas. Quizá el último nombre sea más apropiado, ya que agrupa las cenestésicas (de los órganos internos) y las cinestésicas (movimiento y posición de las partes del cuerpo).

Se presentan sobre todo en esquizofrenia. Los pacientes se quejan de estar vacíos por dentro, de quemazón en diversas partes del cuerpo, de tener animales en el abdomen, de haberles sido remplazadas sus vísceras por las de otra persona, de un cese abrupto en el funcionamiento de sus órganos, etc. P.X. una mujer de 55 años, experimentaba que no tenía orificios en la vagina y el ano y sus intestinos habían sido extirpados mediante una cirugía que no dejó cicatriz.

6.3. Defectos perceptivos (Agnosias)

Como se dijo anteriormente, el proceso sensoperceptivo comienza con la estimulación de un receptor (retina, terminaciones nerviosas en la piel) y culmina con una interpretación. De esta manera, reconocemos objetos mediante el tacto, identificamos un rostro como humano y experimentamos el carácter musical de ciertos sonidos. La interpretación es independiente de la estimulación de los receptores, es un proceso intrapsíquico (cerebral) basado en imágenes. La capacidad para reconocer (interpretar) estímulos de diferentes modalidades sensoriales y categorizarlos se denomina gnosia.

Cuando esta capacidad se pierde, la alteración recibe el nombre de agnosia. En la agnosia es obvio que los aparatos de recepción están indemnes y funcionan en forma adecuada. La retina es capaz de recibir estímulos luminosos y transmitir dicha información por el nervio óptico, estructura que también cumple su misión a cabalidad. El déficit ocurre de ahí en adelante.

En el cerebro, las cortezas sensoriales iniciales específicas (o primarias) para cada modalidad sensorial constituyen la base para la formación de las imágenes. Las imágenes visuales se forman a partir de la corteza visual y lo mismo ocurre con las auditivas y las tactiles. Cuando la totalidad de una de esas cortezas resulta dañada, el resultado es la incapacidad para formar imágenes de esa modalidad sensorial específica. Si se destruye la corteza visual, las personas retienen algunas capacidades sensoriales visuales residuales que les permiten señalar objetos luminosos que aseguran no ver, pero son incapaces de formar imágenes visuales. No pueden evocar recuerdos, fantasear ni usar la imaginación acudiendo a imágenes visuales, si bien son capaces de recordar y recono-

cer propiedades tactiles y espaciales de los objetos y de formar imágenes sonoras. Desde luego, los defectos perceptivos o agnosias son menos extensos y más específicos; afectan de manera selectiva algunos aspectos del reconocimiento (interpretación) de los estímulos. Las agnosias pueden presentarse en cualquier modalidad sensorial, pero las más conocidas son:

6.3.1. Agnosias visuales

En el sistema visual, dado que el color, la forma y el movimiento son procesados de manera independiente, puede dañarse selectivamente alguno de esos componentes. Si el afectado es el encargado del color, la persona puede ver forma y movimiento, pero nada de color. Ni siquiera tiene capacidad para imaginar mentalmente el color. El mundo se le presenta en tonalidades de gris. Este defecto se conoce como acromatopsia.

Hay agnosias aún más selectivas. Puede verse afectado el reconocimiento de símbolos gráficos, de objetos inanimados, de objetos animados, etc. Por ejemplo, si se observa una manzana, se tiene la imagen de un objeto redondo, de tamaño mediano y de color rojo o verde según sea el caso, pero se es incapaz de reconocer que se trata de una fruta y mucho menos denominarla manzana.

En la prosopoagnosia hay incapacidad para reconocer rostros, más precisamente, para asociar rostros con identidades. Habitualmente, a primera vista somos capaces de efectuar esa asociación sin mayor problema. Así hayan pasado años y las personas envejezcan; así en lugar de una fotografía observemos una caricatura, sabemos de quien se trata (obviamente si con anterioridad hemos conocido a esas personas). Quien padece prosopoagnosia, puede describir un rostro con muchos detalles, empareja perfectamente una fotografía de frente con una de perfil, pero le es imposible asociar caras con identidades. No reconoce ni siquiera a su esposa e hijos al mirarlos, si bien logra diferenciar la voz de cada uno de ellos y utilizar este medio para identificarlos apropiadamente.

6.3.2. Agnosias táctiles

El tacto nos pone en contacto con el mundo externo y nos permite identificar los objetos acudiendo a su forma, dureza, consistencia, regularidad en la superficie, etc. Cuando esa capacidad está ausente, el defecto se denomina estereoagnosia.

La grafoagnosia es la incapacidad para reconocer símbolos gráficos (como las letras) mediante el tacto. La autotopoagnosia es la incapacidad para localizar estímulos tactiles aplicados simultáneamente en diferentes partes del cuerpo.

6.3.2. Agnosias somáticas

La sensopercepción elabora constantemente representaciones (imágenes) de lo que ocurre

en el interior del cuerpo y de la interacción de éste con el entorno. Si el proceso se altera, aparecen defectos perceptivos como la somatoagnosia, cuya característica es la incapacidad para reconocer las partes del cuerpo y/o las relaciones de unas con otras.

Al mismo grupo pertenece la nosoagnosia (también llamada anosognosia) o incapacidad para reconocer las enfermedades que se padece. Los afectados no se dan cuenta de las limitaciones y consecuencias de alguna enfermedad importante que sufren. Después de un accidente cerebrovascular que los dejó hemipléjicos no reconocen que están paralizados ni las repercusiones de su nuevo estado. Cuando se los confronta y se les muestra de muchas formas que sus extremidades no se mueven, reconocen momentáneamente la parálisis, pero la olvidan rápidamente y vuelven a su situación previa.

Las agnosias auditivas y otras relacionadas con el lenguaje no se mencionan aquí y se abordan en el capítulo correspondiente a ese tema.

6.4. Otras alteraciones de la sensopercepción

En este aparte se incluyen algunos fenómenos psíquicos cuya clasificación es un tanto difícil.

6.4.1. Intensificación de la percepción

Se asocia con el consumo de alucinógenos como el LSD, la Psilocibina (extraída de algunos hongos), la Mescalina (proveniente del cactus peyote), etc. Las experiencias sensoperceptivas adquieren un matiz especial que algunos llaman "expansión de la mente". Los colores y texturas son más brillantes y vivos, los contornos más definidos y afilados, la música posee más fuerza y agudeza, los olores y los sabores son más intensos. Hasta el transcurrir del tiempo y el espacio se modifican.

6.4.2. Alteraciones sensoperceptivas asociadas a trastornos conversivos

Se presenta un déficit perceptivo de duración limitada a unos cuantos días cuyo patrón no es explicable ni guarda relación con el funcionamiento neurológico conocido. Los órganos de los sentidos no se hallan lesionados ni su funcionamiento comprometido. Aunque puede verse afectada cualquier modalidad sensorial, los cuadros clínicos más frecuentes son la anestesia y la parestesia, que son inconsistentes con la distribución nerviosa corporal. Hay anestesia en toda la mano (en guante) o en el pie (en calcetín), pero sin que exista un nervio o un grupo de ellos encargados única y exclusivamente de la sensibilidad de estas partes del cuerpo.

Puede haber también sordera y ceguera. En el último caso, la persona, aunque afirma no ver, camina sin chocar con los objetos ni tropezar, sus pupilas reaccionan ante estímulos luminosos y los potenciales evocados son normales.

6.4.3. Despersonalización

Recibe también el nombre de experiencia de despersonalización. Se trata de una alteración en la percepción del yo. Se experimenta cierta extrañeza o falta de familiaridad consigo mismo. Las personas tienen la sensación de estar en un sueño, de salir de sí mismas, de ausencia de vida en su organismo, de que sus procesos mentales no tienen relación con ellas. Algunas partes del cuerpo les resultan desconocidas ya que sienten que han cambiado de forma o tamaño; les parece estar en lugares diferentes al mismo tiempo; se desdoblan, experimentando que están fuera de sus cuerpos observándose a sí mismos. La mayoría de quienes tienen una experiencia de despersonalización son capaces de darse cuenta y reconocer su carácter irreal.

Cuando los episodios son recurrentes y persistentes configuran por sí mismos el trastorno de despersonalización. Sin embargo, las experiencias de despersonalización pueden estar asociadas a un gran número de trastornos de diverso orden. Se encuentran en esquizofrenia, depresión, manía, trastornos de ansiedad, trastornos conversivos, trastornos de personalidad, agotamiento, deprivación sensorial, epilepsia, migraña, traumas craneanos, hipoglicemia, hiperventilación, hipotiroidismo, envenenamiento con monóxido de carbono, etc.

6.4.4. Desrealización

Recibe también el nombre de experiencia de desrealización. Se trata de una alteración en la percepción del medio ambiente. Se experimenta cierta extrañeza o falta de familiaridad con el entorno. Se lo percibe diferente, cambiado de una manera poco entendible. T.Y., un hombre de 28 años, al salir a la calle sintió que la ciudad había sido modificada en su orientación, de manera que el norte quedaba en el sur y viceversa. Las experiencias de despersonalización y desrealización están estrechamente emparentadas, por lo que es válido para las segundas todo lo enunciado para las primeras.

Inteligencia

La inteligencia es uno de los temas de mayor controversia en el estudio del psiquismo humano. No hay unanimidad en cuanto a considerarla como una habilidad mental general o un conjunto de habilidades independientes. Además, hablar de cómo y por qué las personas difieren en sus capacidades intelectuales mentales ha sido motivo de polémica no sólo científica sino política y social.

1. COCIENTE INTELECTUAL (CI)

Lo más conocido por el público acerca de la inteligencia es el cociente intelectual. En 1.926, Catherine Cox publicó una lista sumamente cuestionable en la que asignó cocientes intelectuales a varias personalidades: Goethe obtuvo 185 mientras Copérnico y Michael Faraday apenas 105. Si bien, según algunos, el CI revela confiablemente el nivel de inteligencia de una persona, no hay que olvidar que es el resultado obtenido del cómputo de las respuestas correctas en un test.

Los tests de inteligencia evalúan una parte de las habilidades del psiquismo. Cuando Francis Galton diseñó los primeros tests hacia finales del siglo XIX utilizó casquillos de bala rellenos de perdigones, lana o cera con el fin de medir la capacidad de las personas para discriminar entre lo pesado y lo liviano, pues, según él, dicha capacidad también era parte de la inteligencia.

Actualmente, en las pruebas que miden el cociente intelectual se le pide al evaluado, entre otras tareas, que diga el significado de algunas palabras, complete analogías verbales, calcule el resultado de operaciones aritméticas, lleve a cabo secuencias numéricas decrecientes, retenga dígitos en su memoria, ordene los dibujos que cuentan una historia o encuentre la parte faltante de una figura. Estas pruebas miden sobre todo habilidades verbales y analíticas, pero no evalúan la creatividad ni el conocimiento práctico, aspectos importantes para resolver problemas en la vida diaria.

Es necesario tener presente la existencia de circunstancias que pueden limitar el rendimiento en los tests de inteligencia como son el origen sociocultural, la lengua materna y las discapacidades sensoriales, motrices y de comunicación asociadas. Las limitaciones de los tests han llevado a que algunos investigadores propongan seguirlos usando pero comenzar a innovarlos y diseñar otros.

La inteligencia es mucho más que el resultado obtenido en un test. Restringirla a cifras ha sido mal utilizado en un sinnúmero de ocasiones con la finalidad de excluir a grupos raciales y de inmigrantes o mantener el *statu quo* de ciertas políticas sociales.

2. DEFINICIÓN DE INTELIGENCIA

Se ha propuesto muchas definiciones de inteligencia, todas ellas susceptibles de críticas y controversias. Gardner (1998) la describe como un potencial psicobiológico para resolver problemas o para crear productos que sean valiosos en al menos un contexto cultural.

La definición de Philip Yam (1998), por su alcance, puede resultar interesante. Según él, los conocimientos existentes sugieren que se considere la inteligencia como la habilidad para manejar la complejidad y solucionar problemas en algún contexto de desafío o utilidad. El problema puede ser cualquiera, desde encontrar la forma de asir una fruta que está más allá del alcance de la mano y saciar el hambre hasta la solución de una ecuación matemática. El contexto de desafío o utilidad estará determinado por la sensación de hambre, en el primer caso, y por el deseo de aprender matemáticas, responder una pregunta en un examen o enseñar a un grupo de alumnos en el segundo. Complejidad alude a la interacción de las múltiples variables que es necesario tener en cuenta para solucionar un problema. Partir un pan es un problema poco complejo, pues basta usar las manos y ejercer presión sobre el mismo para lograrlo, en cambio aprender la gramática de un nuevo idioma exigirá tener en mente muchas reglas y excepciones con respecto al uso y construcción de las palabras y oraciones.

Esta definición de inteligencia posee una ventaja adicional: permite su aplicación en distintos contextos socioculturales. Si bien los problemas que afrontan, las herramientas disponibles y las estrategias de solución escogidas por un estudiante universitario en una gran ciudad occidental y un indígena de la selva amazónica son distintos, en cada grupo cultural existirán muestras claras del uso de la inteligencia y se encontrará personas más inteligentes o con mayores habilidades que otras.

3. CULTURA E INTELIGENCIA

Los niños occidentales aprenden en la escuela acerca de las relaciones entre los objetos. Utilizan la categoría de animales para agrupar el perro, el gato y la vaca, designan como frutas la naranja, la manzana y las uvas. En otros grupos culturales, en cambio, la categorización se basa en la función que se da a las cosas o en su asociación con la historia y mitología propias. Para estas personas, la palabra manzana se agrupa preferentemente con comida, algunos árboles pertenecen a una categoría especial porque representan a sus antepasados y los objetos de la naturaleza mantienen entre sí relaciones parecidas a las de una familia. En los tests de inteligencia convencionales su puntuación será inferior que la del grupo occidental de similar edad. En cambio, su conocimiento sobre el comportamiento animal, los cambios climáticos y las propiedades alimenticias y curativas de algunas plantas los hará más exitosos en adaptarse a un medio ambiente no citadino y más eficientes, finos y sutiles al resolver los problemas que allí encuentren.

Los cambios ocurridos en el mundo, especialmente en el último siglo, han traído consecuencias en los resultados de los tests de inteligencia. James Flynn encontró que el cociente intelectual ha aumentado constantemente desde comienzos de siglo en la población general de países como Holanda, Bélgica, Israel, Noruega, Gran Bretaña y Estados Unidos, lo que se ha denominado el efecto Flynn. Los norteamericanos, por ejemplo, incrementaron en 13.6 su cociente intelectual en un período de 46 años. Se ha buscado la explicación en factores como una mayor y mejor atención de las familias hacia los hijos, la mejoría en la nutrición, el aumento y ampliación de la escolaridad y el impacto de los estímulos visuales y espaciales en un mundo donde la complejidad visual se ha incrementado a través del uso masivo de televisores y computadores. Todo ello ha dado como resultado un aumento en la capacidad de manejar aspectos espaciales en las pruebas de inteligencia. Sin embargo, esto no implica que haya una explosión de genios, simplemente que buena parte de población tiene cocientes de inteligencia cercanos a 100.

4. LAS INTELIGENCIAS MULTIPLES

Los defensores de la inteligencia como una habilidad general arguyen que existe un factor global que permea todos los aspectos de la cognición. En lugar de ello, Howard Gardner (1998) considera que hay varias habilidades independientes con un origen onto y filogenético propios. Propone la existencia de ocho tipos de habilidades o inteligencias (como él las llama): lingüística, lógico-matemática, espacial, musical, corporal-cinestésica, intrapersonal, interpersonal y naturalista. Los tests de inteligencia convencionales evalúan las dos primeras y algunos la tercera, pero las otras cinco son soslayadas.

- Inteligencia lingüística. Es la habilidad para manejar palabras y oraciones y explorar el lenguaje. Está más desarrollada en escritores y lingüistas
- Inteligencia lógico-matemática. Es la habilidad para confrontar y evaluar abstracciones y lograr discernir sus relaciones y principios subyacentes. Más desarrollada en matemáticos y físicos.

- Inteligencia espacial. A veces denominada mecánico espacial. Es la habilidad para percibir el mundo visual, transformar y recrear las percepciones visuales. Se encuentra más desarrollada en pintores, arquitectos, escultores, inventores y navegantes.
- Inteligencia musical. Es la habilidad para componer, interpretar, escuchar y discernir la música.
- Inteligencia corporal-cinestésica. Es la habilidad para controlar y coordinar los movimientos corporales. Incluye las habilidades manuales. Se encuentra más desarrolladas en deportistas, bailarines y actores
- Inteligencia intrapersonal. Es la habilidad para identificar y pensar acerca de los estados psicológicos propios y, a la vez, utilizarlos como guía del comportamiento. Está más desarrollada en psiquiatras y quienes se dedican al estudio de la conducta.
- Inteligencia interpersonal. Es la habilidad para identificar los estados emocionales, motivaciones y estados mentales de los demás. Más desarrollada en antropólogos, líderes políticos y religiosos.
- Inteligencia naturalista. Es la habilidad para reconocer y categorizar (clasificar) los objetos naturales. Se encuentra más desarrollada en zoólogos y botánicos.

Estas habilidades o inteligencias son patrimonio de todos los humanos, pero el grado de desarrollo que alcanzan en cada uno de nosotros es diferente. Alguien puede tener grandes habilidades mecánicas y muy pocas verbales o un gran desarrollo de la inteligencia corporal-cinestésica puede ir acompañado de uno precario en la lógico-matemática, de manera tal que cada persona tendrá un perfil particular de inteligencia. Esta perspectiva ha recibido múltiples críticas. Se dice, por ejemplo, que las habilidades corporales de los deportistas no tienen relación alguna con los aspectos cognoscitivos del psiquismo o se prefiere llamar talento a las habilidades musicales. En todo caso es una teoría interesante para comprender las habilidades psíquicas. Siguiendo esta línea, otros autores han propuesto tipos adicionales de inteligencias, las más conocidas son la emocional y la práctica.

5. DESARROLLO DE LA INTELIGENCIA

Se ha discutido ampliamente la contribución genética y cultural a la inteligencia de los humanos. En algunos modelos matemáticos, se ha llegado a establecer porcentajes en dicha participación. Hoy se sabe que así como los sujetos nacen con diferentes potenciales genéticos para la estatura o las capacidades atléticas, lo mismo ocurre con las habilidades intelectuales. Se nace con mayor potencial para razonamiento matemático, habilidades verbales, espaciales, etc. Sin embargo, ese potencial no se desarrolla solo, lo hace en un medio ambiente que lo favorece o desfavorece. Los primeros años de vida

son particularmente importantes, pues después de la adolescencia es poco lo que cambia la inteligencia, al menos cuando se evalúa a través del cociente intelectual. Esto no implica que no existan métodos para aumentar el rendimiento académico, ya que en general el desempeño de los estudiantes mejora notablemente si son estimulados a tratar el material de aprendizaje de una manera analítica, creativa y práctica.

Algunos investigadores han enfocado su trabajo en el desarrollo gradual de las habilidades intelectuales en los niños. Merece un lugar especial el nombre de Jean Piaget, quien se dedicó a estudiar la manera cómo los niños y los adolescentes piensan y adquieren sus conocimientos. Reconoció cuatro etapas o fases por las que atraviesan todos los niños hasta llegar a funcionar con un pensamiento adulto. Cada una es indispensable para adquirir la siguiente, y si bien su duración aproximada se halla establecida, el paso de una a otra dependerá de factores genéticos y ambientales específicos en cada niño.

- Fase sensoriomotriz: desde el nacimiento hasta los dos años.
- Fase del pensamiento preoperacional: 2 a 7 años.
- Fase del pensamiento de operaciones concretas: 7 a 11 años.
- Fase del pensamiento de operaciones formales: desde los 11 años hasta el final de las adolescencia.

6. INTELIGENCIAS SUPERIORES Y NIÑOS PRODIGIOS

Hay personas cuyas habilidades se encuentran bastante desarrolladas de forma uniforme. Se destacan en muchas áreas y sus logros académicos son evidentes. Hay otras, en cambio, cuyo desarrollo en alguna área es enorme y se acompaña de limitaciones en otras. Por ejemplo, Thomas Alva Edison, inventor del fonógrafo y las bombillas de luz, llegó a patentar 1093 inventos y sin embargo tenía dificultades de aprendizaje, especialmente en áreas verbales; durante la infancia presentó manifestaciones de dislexia. En algunos estudios se ha encontrado estudiantes de matemáticas sobresalientes con un desempeño verbal pobre y, como grupo, se ha visto que los estudiantes de arte tienen más dificultades verbales que los de áreas como matemáticas o historia. En el extremo de quienes tienen un desarrollo intelectual desigual se encuentran niños con cociente intelectual entre 40 y 70, autistas o con síntomas de autismo, pero con un desarrollo de genios en ciertas áreas. Pueden poseer un gran desarrollo en las habilidades mecánico-espaciales y serias deficiencias en las verbales.

Mozart es bastante conocido como niño prodigio. A los tres años tocaba el piano y a los

cinco compuso dos minuetos. Niños como él aprenden más tempranamente (en edad) y más rápidamente que sus pares, descubren por sí solos muchos conocimientos, son capaces de intuir la solución de un problema sin seguir cada uno de los pasos habituales y tienen un gran interés y dedicación en el área que dominan. No obstante, a menudo pasan solos más tiempo que sus compañeros, se quejan de soledad y pueden tener un rendimiento menor que sus coetáneos en áreas distintas a las que dominan.

7. INTELIGENCIA POR DEBAJO DE LO NORMAL Y RETARDO MENTAL

Los tests de inteligencia como la Escala revisada de inteligencia de Wechsler para niños (Wechsler Intelligence Scales for Childen-Revised), la de Stanford-Binet o el Inventario de evaluación de inteligencia de Kaufman para niños (Kaufman Assessment Battery for Children), así como la Escala de inteligencia para adultos WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale) dan un resultado numérico: cociente intelectual (CI) para Wechsler y su equivalente en las otras escalas. Cuando el CI es menor de 70 (aproximadamente dos desviaciones estándar por debajo de la media), se considera que la inteligencia está por debajo del rango normal.

Un cociente intelectual menor de 70, si se acompaña de limitaciones significativas en la comunicación con los demás, el cuidado de sí mismo, la ejecución de tareas domésticas, las actividades laborales y académicas, las relaciones interpersonales y la utilización de recursos comunitarios; y si el comienzo de todo lo anterior ocurre antes de los 18 años de edad, clínicamente se considera que corresponde a un retardo mental. La persona entonces tendrá dificultades para aprehender, organizar, evaluar y utilizar la información con el fin de adaptarse a la vida diaria, las que serán más marcadas entre menor sea el cociente intelectual. Para hacer el diagnóstico de retardo mental, el resultado del CI es un criterio muy importante, pero no es el único. Son necesarios además la edad de comienzo y las limitaciones adaptativas ya mencionadas.

La inteligencia se ve afectada y puede ubicarse por debajo de lo normal en las demencias. El síntoma cardinal de este grupo de trastornos es el menoscabo o deterioro de la memoria, pero pueden hallarse también comprometidas algunas habilidades intelectuales dando como resultado limitaciones en la planificación, iniciación, organización en secuencias, monitorización y finalización de comportamientos complejos. Esto conlleva dificultades importantes cuando se afronta situaciones novedosas en la que se requiere procesar información nueva y compleja. Para diagnosticar demencia es necesario que la sintomatología produzca un deterioro significativo en la actividad social o laboral de la persona.

8. LIMITACIONES EN LA CAPACIDAD DE ABSTRACCIÓN

Quienes consideran la inteligencia como una habilidad única y compacta relacionada con todas las otras instancias del psiquismo, suelen afirmar que una de sus principales tareas consiste en relacionar conocimientos de distintas áreas. Destacan la pasión por la analogía y la metáfora como un reflejo de esta característica. Es más, algunos han propuesto que la creatividad corresponde a la repentina interconexión de dos matrices de pensamiento previamente no relacionadas entre sí. En todo caso, la evolución ha dotado a los humanos de una gran fluidez cognoscitiva y de habilidades para elaborar conceptos de conceptos y representaciones de representaciones, lo que se conoce como capacidad de abstracción.

La conversación cotidiana brinda una gran cantidad de información acerca de esta capacidad. Nos permite conocer la manera en que una persona relaciona las cosas y los eventos, la estructuración de las explicaciones que utiliza y los alcances de su razonamientos. Sin embargo, si por algún motivo no basta con lo anterior, es posible evaluarla un poco más formalmente. Para tal fin, se enuncia algunos refranes y se propone su interpretación. Por ejemplo, el refrán *"cuando el río suena, piedras lleva"* alude a la posibilidad de que exista algo cierto detrás de un rumor o un chisme y no tiene nada que ver con ríos y piedras a pesar de que estas palabras aparezcan en la oración. Un grupo de personas con limitaciones en la capacidad de abstracción lo interpretaba así: 1- *"los ríos grandes tienen más piedras que los pequeños"*. 2- *"todos los ríos tienen piedras"*. 3- *"los ríos son una mezcla de agua y piedras"*, etc.

La capacidad de abstracción se halla claramente disminuida en personas con retardo mental y demencia. Sin embargo, en Colombia y otros países con grados notables de pobreza existen amplios grupos de población que, sin cumplir los criterios diagnósticos para retardo mental, presentan limitaciones importantes. Parece que las condiciones de desnutrición infantil, escasez de estímulos psíquicos y marginamiento social conforman una mezcla que afecta de manera negativa el desarrollo de la capacidad de abstracción.

9. CLASIFICACIÓN SEMIOLÓGICA

Durante la entrevista clínica se evalúa constantemente algunas áreas de la inteligencia del paciente, especialmente las habilidades lingüísticas y ciertos aspectos de las lógico-matemáticas. El vocabulario y el conocimiento que alguien demuestra acerca de aspectos cotidianos generales indicarán aproximadamente si se trata de una persona con una inteligencia dentro del rango normal, por encima (superior) o por debajo de él (retardo mental).

En la historia personal es posible encontrar datos importantes acerca del desarrollo intelectual. Dificultades académicas tempranas llevan a sospechar la presencia de una inteligencia por debajo de lo normal, mientras una producción intelectual llena de creatividad es habitual que corresponda a una inteligencia superior o incluso a genialidad. Si el entrevistador, por alguna circunstancia requiere una evaluación más detenida puede utilizar preguntas de información, de comprensión, de semejanzas y de problemas aritméticos como los que aparecen en el recuadro adjunto. Si se necesita conocer con precisión el cociente intelectual o se considera conveniente evaluar pormenorizadamente alguna habilidad específica, se recurrirá a las pruebas (tests) diseñadas para tal propósito.

TABLA No. 1
EJEMPLOS DE PREGUNTAS FORMULADAS EN LOS TESTS DE INTELIGENCIA

Preguntas de información

¿Cuántos meses hay en un año?

¿Nombre tres presidentes de este país?

¿Quién escribió La Iliada?

Preguntas de comprensión

¿Por qué un tren tiene locomotora?

¿Por qué lavamos la ropa?

¿Qué significa el refrán: "mucho ruido y pocas nueces"

Preguntas de semejanzas

¿En qué se parecen los siguientes pares de objetos?

Naranja y uva

Avión y barco

Madera y alcohol

Preguntas de aritmética

¿Si usted tiene 4 camisas y regala 1 ¿cuántas le quedan?

¿Cuántas horas tarda un hombre en recorrer 28 Km si se desplaza a 4 Km/hora?

¿Cuántos dulces puede comprar con $25 si cada dulce cuesta $5

TABLA No. 2
COCIENTE INTELECTUAL Y RETARDO MENTAL

CI entre 50-55 y aproximadamente 70: retardo mental leve
CI entre 35-40 y 50-55: retardo mental moderado
CI entre 20-25 y 35-40: retardo mental moderado
CI inferior a 20-25: retardo mental profundo

TABLA No. 3
LAS INTELIGENCIAS MULTIPLES

Lingüística
Lógico-matemática
Espacial o mecánico-espacial
Musical
Corporal-cinestésica
Intrapersonal
Interpersonal
Naturalista
Emocional
Práctica

TABLA No. 4
SEMIOLOGÍA DE LA INTELIGENCIA

1. Inteligencia superior. Algunas de estas personas pueden tener habilidades de genio
2. Inteligencia dentro del rango normal
3. Inteligencia dentro del rango normal pero con limitaciones en la capacidad de abstracción
4. Inteligencia por debajo del rango normal. Si se acompaña de limitaciones en las actividades de la vida diaria y la totalidad del cuadro clínico se inició antes de los 18 años, corresponde a:
   - Retardo mental leve
   - Retardo mental moderado
   - Retardo mental severo
   - Retardo mental profundo

Memoria

Gracias a la memoria los humanos disponemos de una experiencia de continuidad en la vida. Se une el pasado con el presente y se tiene la sensación de ser igual a sí mismo a pesar de los cambios acaecidos a través del tiempo. Si no hubiera recuerdos no sería posible entender lo actual, pues sin ese marco de referencia nada posee sentido. En el presente, la memoria sirve para guiar el comportamiento hacia determinados fines y, en cuanto al futuro, permite planearlo a partir de la información existente.

Hay tres grandes procesos en la memoria:

- Registro de la información
- Almacenamiento de la información.
- Acción de recuperar la información almacenada. (evocación)

  Ligado al tercero está la capacidad para reconocer información alguna vez aprendida (reconocimiento).

Ninguno de estos componentes es pasivo. Lo que se registra es seleccionado activamente del entorno e incluso distorsionado en el proceso mismo de selección. Si varias personas presencian un evento, cada una de ellas tendrá recuerdos un tanto diferentes. Lo que fue interesante y quedó registrado con claridad en el psiquismo de alguien no tuvo la misma importancia para los otros y quizá no forme parte de sus recuerdos.

El olvido está tan ligado a la memoria como los recuerdos. La claridad y precisión de la información se van atenuando progresivamente hasta su desaparición. De hecho, se olvida la mayor parte de las experiencias vitales. De no ser así, sería muy difícil registrar y almacenar los nuevos sucesos y conocimientos. Sin embargo, el olvido no siempre implica que la información haya desaparecido para siempre de los sistemas de memoria.

La capacidad de la memoria para registrar, almacenar y evocar información no permanece igual a lo largo de la vida. Aumenta paulatinamente en la infancia y la adolescencia y llega al pico alrededor de los 20 años. Después decrece lentamente. Desde luego, la actividad intelectual intensa es un factor protector contra esa disminución asociada con la edad.

En ocasiones, es posible tener imágenes de eventos que no se recuerda haberlos vivido, tal como sucedió con un grupo de pacientes estudiados por Penfield. Este neurocirujano operó personas con epilepsia del lóbulo temporal a quienes se les aplicó anestesia local

(el cerebro no es sensible a estímulos dolorosos) para de esta forma preservar su estado de alerta y preguntarles acerca de lo que experimentaban. Se les estimuló, mediante pequeñas descargas eléctricas, algunos puntos de la corteza cerebral, produciéndose la evocación de acontecimientos pertenecientes a algunos años atrás, incluso a la infancia.

Para estudiar la memoria se suele adoptar diversas divisiones o clasificaciones, las cuales no se traslapan entre sí. Las más utilizadas son:

1- Memoria verbal y visoespacial
2- Memoria declarativa (explícita) y no declarativa (implícita).
3- Memoria a corto y largo plazo.

La presencia de varias clasificaciones obedece a la existencia de múltiples componentes o sistemas de memoria con funciones y sustratos neurológicos diferentes. La memoria declarativa, por ejemplo, almacena eventos y conocimientos, y en el cerebro, las estructuras del lóbulo temporal medial y el diencéfalo van a ser fundamentales para registrar esta clase de información, la que a su vez es almacenada en regiones de dominio específico de la corteza cerebral. En cambio, para la memoria no declarativa las estructuras más importantes son la corteza cerebral, los ganglios basales y el cerebelo.

1. MEMORIA VERBAL Y VISOESPACIAL

La memoria registra y almacena información de varias modalidades sensoriales. Imágenes, sonidos, olores, sabores y hasta emociones pueden constituir su contenido. Sin embargo, la mayor parte de la información está constituida por símbolos verbales e imágenes visuales, lo que les otorga especial importancia y origina una de las formas de clasificación más conocidas.

2. CLASIFICACION BASADA EN EL TIEMPO

2.1. Memoria a corto plazo

La memoria a corto plazo permite manejar información durante un lapso de tiempo breve y limitado. Aunque no hay acuerdo acerca del periodo cubierto, se considera que dura de segundos a algunos minutos. En la literatura esta memoria se subdivide de varias formas, incluyendo clases como la memoria de trabajo o funcional (working memory), pero por ahora el tema se pasará por alto en beneficio de la sencillez.

Gracias a la memoria a corto plazo es posible mantener en primer plano una pequeña cantidad de información en cada momento. Facilita tener presente lo relevante y de esta

forma comprender el contenido de un párrafo al leerlo, responder las preguntas cuando se sostiene una conversación, retener un número telefónico al que se va a llamar inmediatamente o seguir un plan de acción previamente trazado. Incluso cuando se recuerda el nombre de la capital de Francia, esta información es llevada temporalmente desde la memoria a largo plazo hasta la memoria a corto plazo.

La memoria a corto plazo se encarga del mantenimiento temporal de la información. Pero no es tan sólo un sistema de almacenamiento pasivo. Hace posible manipular la información con el fin de facilitar la realización de tareas cognoscitivas como el razonamiento y la toma de decisiones. Por ejemplo, para llevar a la práctica una receta de cocina se requiere seguir algunas indicaciones. Si es necesario revolver primero unas cuantas cucharadas de harina y azúcar para luego agregar una porción de chocolate, la memoria a corto plazo de quien prepara el plato le permitirá tener presente estos dos pasos en el orden recomendado. Si la memoria falla, en el momento de agregar el chocolate puede no recordar si ya revolvió el azúcar y la harina.

La memoria a corto plazo tiene poca capacidad. Inmediatamente después de escuchar una lista de palabras, apenas se logra repetir alrededor de una docena. Para retenerlas es necesario repasarlas inmediatamente, de lo contrario se esfuman. La información se mantiene por un espacio de segundos hasta algunos minutos, después del cual -si no hay repetición- buena parte del material se olvida y otra porción menor pasa a la memoria a largo plazo. Los meseros de restaurantes concurridos son capaces de recordar un gran número de pedidos que transmiten correctamente a la cocina. Sin embargo, al cabo de unos minutos olvidan todos los detalles ya que no hacen esfuerzo alguno por repasarlos y trasladarlos a la memoria a largo plazo.

Para evaluarla se puede utilizar diversas técnicas. Una de ellas consiste en restar a partir de 30 cantidades de 3. Las respuestas correctas serán 27, 24, 21, 18, 15... Esta actividad hace necesario retener en la memoria inmediata el resultado de la resta anterior con el fin de proseguir con las restas posteriores. También se evalúa dando una lista de cinco palabras sencillas para ser repetidas inmediatamente y después de un pequeño periodo de interferencia. Por ejemplo, se le pide al evaluado repetir inmediatamente las palabras *gato, llave, río, mesa* y *luna*. Después, tras distraerlo brevemente formulándole dos o tres preguntas de un tema diferente, se le pide que las diga una vez más.

2.2. Memoria a largo plazo

Algunos autores tienden a subdividirla en dos formas: 1- intermedia y 2- memoria a largo plazo propiamente dicha. La forma intermedia dura desde minutos a uno o dos días. Es relativamente susceptible de modificaciones haciendo que la información se pierda con más facilidad. En cambio, la memoria a largo plazo propiamente dicha es

estable y resistente al cambio. Abarca desde uno a dos días hasta muchos años. De todas maneras, el paso del tiempo también la afecta manifestándose a través de la disminución gradual de la información almacenada y de la capacidad para recuperarla.

La consolidación de la nueva información en la memoria a largo plazo es variable y depende de su importancia emocional y de su repetición. Perdura más tiempo cuando lo recién captado o aprendido establece asociaciones con la información previamente almacenada.

3. CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON EL TIPO DE INFORMACIÓN

3.1. Memoria no declarativa, procedimental o implicita

Cuando alguien aprende a conducir una bicicleta sus movimientos son burdos, no logra mantener el equilibrio más allá de algunos segundos y posiblemente cae si se moviliza a baja velocidad. Meses más tarde, una vez ha aprendido, se desenvuelve con soltura y recorre sin inconvenientes largos trechos. No se pregunta a sí mismo cómo se conduce una bicicleta ni el orden de los movimientos necesarios para tal fin, simplemente lo hace.

La memoria procedimental permite llevar a cabo diversas actividades sin necesidad de pensar en los pasos indispensables para ello. Es la memoria del "*saber hacer*" mas que la memoria del "*saber qué*". La recuperación de la información almacenada no es un proceso activo ni conciente. Después de haber aprendido a escribir en un teclado, no se busca entre los recuerdos las reglas acerca de los movimientos de los dedos ni el orden en que cada uno de ellos presiona las teclas, simplemente se realiza las acciones adecuadas de una manera automática.

Esta memoria está constituida por estrategias que permanecen a través del tiempo una vez adquiridas. Pueden pasar años sin que un pianista toque el piano, pero en el momento en que vuelve a hacerlo, no necesita concentrarse en los movimientos de sus manos ni en su desplazamiento a lo largo del teclado, pues esas habilidades han perdurado sin necesidad de repasarlas.

La memoria implícita no sólo incluye el aprendizaje de habilidades motrices. De ella también hacen parte los efectos del *priming*, el condicionamiento clásico, así como la adquisición de diversas habilidades perceptivas y cognoscitivas. Por ejemplo, el aprendizaje de las tablas de multiplicar es lento y requiere muchos ensayos; pero una vez aprendidas, contestar 28 cuando se ha preguntado *siete por cuatro* es una respuesta

inmediata que no exige un proceso activo de búsqueda en los recuerdos. El priming se refiere al reconocimiento de palabras o de objetos mediante la ayuda de pistas. Si se presentan las primeras letras de una palabra previamente estudiada, se puede recordar y escoger con facilidad esa palabra. El aprendizaje mediante mnemotecnias es otro buen ejemplo de priming.

Es posible que el momento y circunstancias originales de aprendizaje no puedan ser recordados concientemente. No obstante, la memoria implícita es importante en una gran cantidad de comportamientos. Una pintor puede no recordar quién le enseñó ni cómo aprendió una técnica, pero la utiliza con gran pericia.

La memoria implícita se evalúa a través de los cambios en la forma en que se llevan a cabo las actividades. Se compara las habilidades motrices necesarias para conducir un auto al comenzar el aprendizaje y dos meses después y se observa las diferencias en la destreza para realizar dicha tarea.

Se ha postulado que los eventos que implican gran peligro y se acompañan de una intensa respuesta emocional de miedo son almacenados, a veces parcialmente, y en otras ocasiones en su totalidad, en la memoria implícita, desde donde siguen influenciando el comportamiento. Los sucesos traumáticos de la infancia no pueden almacenarse en la memoria explícita accesible en la vida adulta debido a que los sustratos neurales para ello aún no ha madurado lo suficiente. Sin embargo, la memoria implícita sí puede hacerlo. De esta manera se explicaría cómo el trauma infantil (sin ser recordado conscientemente) puede afectar las funciones mentales y el comportamiento en épocas posteriores de la vida.

Se ha encontrado que la memoria implícita puede jugar un papel importante en la aparición de algunos síntomas del trastorno de estrés postraumático. Este se caracteriza, entre otras manifestaciones, por un intenso malestar psicológico al exponerse a estímulos que simbolizan o recuerdan algún aspecto de un acontecimiento traumático vivenciado en su momento con gran temor (secuestro, violación, etc). Es más, se ha visto que aún con amnesia del evento traumático pueden presentarse los síntomas.

3.2. Memoria declarativa o explicita

La memoria declarativa es la encargada de manejar la información referente a los sucesos de la vida propia y los conocimientos adquiridos a lo largo del tiempo. Almacena eventos y conocimientos. Para acceder a sus contenidos es necesario emprender una búsqueda activa y deliberada, como el esfuerzo que hacemos para recordar el título de los libros que más nos gustan. La información manejada por esta memoria es sensible al olvido y con facilidad se modifica. De hecho, nuestros conocimientos cambian todos

los días, olvidamos la mayor parte de lo que leemos, vemos o escuchamos y con gran frecuencia transformamos los recuerdos de vivencias pasadas. El contenido de la memoria declarativa es susceptible de ser recordado conscientemente. Dependiendo del tipo de contenidos, la memoria declarativa se divide en episódica y semántica.

3.2.1. Memoria episódica

Es la memoria autobiográfica. Está constituida por recuerdos enmarcados dentro de contextos espacio temporales específicos (el sitio y momento de un acontecimiento). Incluye desde experiencias completamente personales y privadas, como un miedo jamás confesado ante nadie o el momento más triste del pasado, hasta vivencias compartidas con otros como el recuerdo de una ceremonia de grado o un suceso especial para el país o el grupo cultural al que uno pertenece. Es el registro de lo vivido.

Dentro de la historia clínica, el aparte de historia personal constituye una evaluación detallada de la memoria episódica. Si se quiere ser más puntual, puede preguntarse a la persona acerca de los recuerdos de eventos sociales, culturales, políticos o autobiográficos importantes ocurridos en diferentes épocas de su vida. Los recuerdos de la infancia, la adolescencia y la juventud persisten con más claridad y precisión, mientras ocurre lo contrario con los recuerdos posteriores.

3.2.2. Memoria semántica

Contiene el conjunto organizado de conocimientos sobre el mundo. Abarca el saber acerca de objetos, conceptos, hechos y sus relaciones. Gracias a la memoria semántica podemos enunciar las capitales de Europa, el autor de Hamlet, las diversas acepciones de la palabra *agresividad*, la relación jerárquica entre un presidente y un ministro, etc. Pero no sólo permite recordar información, también sirve para contestar nuevas preguntas y resolver problemas. Alguien que tenga los conceptos de sujeto y predicado como componentes de la oración, puede identificarlos en cualquier oración que lea o escuche. Un médico conoce los síntomas de las enfermedades y gracias a esa información emite un diagnóstico, solicita exámenes de laboratorio y prescribe tratamientos

Para evaluar la memoria semántica es necesario tener en cuenta la escolaridad, las oportunidades de aprendizaje, el grupo cultural, etc.; pues no se puede exigir que alguien conozca algo que jamás ha escuchado. Se explora preguntando acerca de significados de palabras, de conceptos y cómo los ubican en categorías semánticas. Se presenta palabras pertenecientes a distintas categorías, se pregunta por su significado y se pide agruparlas. Ejemplo, las palabras *naranja, perro, mesa, camisa, piña, gallina, cama y corbata* deberán ser agrupadas en categorías de ropa: camisa y corbata; vegetales: naranja y piña; animales: perro y gallina; objetos de casa: mesa y cama.

4. SEMIOLOGÍA DE LAS ALTERACIONES DE LA MEMORIA

4.1. Alteraciones en el registro y almacenamiento

Hay dificultad para registrar y almacenar la información que se acaba de recibir. Es debida a:

4.1.1. Falta de atención

Se presenta cuando las personas están preocupadas por alguna situación particular, pues su atención está centrada en otro tema. También si hay ansiedad notoria o si la atención está dispersa en varios tópicos, como ocurre en la distractibilidad observada en la manía.

4.1.2. Compromiso del estado de conciencia

Cuando hay compromiso en el estado de conciencia, como en la somnolencia, el registro de la información se ve comprometido. En la confusión que caracteriza al delirium, es muy difícil que pueda registrarse algo. De ahí en adelante, tanto en el estupor como en el coma no hay posibilidad de registro alguno.

4.1.3. Falta de motivación

Cuando las personas presentan tristeza profunda, como en la depresión, o notable ensimismamiento como en algunos casos de trastornos psicóticos, el interés por el entorno se pierde, produciéndose un registro vago de lo que sucede.

4.1.4. Efecto de sustancias

La intoxicación con alcohol impide almacenar la información, por lo que no puede ser evocada posteriormente. Son las lagunas alcohólicas. Otras sustancias que afectan la memoria son las Benzodiazepinas, los antihistamínicos y anticolinérgicos como la Escopolamina.

4.2. DIFICULTAD TRANSITORIA PARA LA EVOCACIÓN

En situaciones estresantes se puede olvidar cosas importantes que deberían recordarse. Esto explica por qué durante una entrevista de trabajo o un examen las personas son incapaces de evocar una cantidad de información que habitualmente logran recordar. Se ha postulado que el cortisol, una de las hormonas cuyos niveles se elevan en situaciones de estrés, deprime la memoria por un periodo corto de tiempo. Sin embargo, también hay evidencias de un papel totalmente contrario jugado por esta sustancia. Según Mc Gaugh (2000) los niveles altos de cortisol durante situaciones de aprendizaje, lo favorecen, lo que explica por qué se recuerda más fácilmente los eventos importantes o traumáticos.

4.3. Deterioro de la memoria (capacidades mnemicas disminuidas)

Después de los 30 años, las personas suelen quejarse de una disminución en la capacidad para evocar sucesos recientes. Se vuelve más difícil aprender nueva información y se olvida lo aprendido con más facilidad que antes. No siempre es fácil evidenciar la pérdida del material aprendido. En una buena cantidad de ocasiones, esta queja se correlaciona con el declinamiento fisiológico de la memoria después de la segunda década. Conviene tener presente que en personas cuya memoria nunca ha funcionado de manera eficiente, no es posible esperar una mejoría con el paso del tiempo. No obstante, a veces la queja efectivamente corresponde a un menoscabo en estas capacidades

De todas maneras, es importante no soslayar esta molestia, pues suele observarse en las fases iniciales de la demencia. También es común en la depresión, donde se acompaña de dificultad para concentrarse y lentitud al pensar. Se ha encontrado que las personas deprimidas, especialmente los ancianos, experimentan subjetivamente un mayor compromiso de memoria del que se puede objetivar en pruebas neuropsicológicas. En cambio, una vez mejoran de la depresión, subestiman las alteraciones, así objetivamente sean evidenciables.

4.4. Amnesia

Es la incapacidad para evocar información previamente adquirida. Aunque la definición presentada daría a entender que la información fue registrada y almacenada, cada vez más se utiliza el término amnesia para referirse a cualquier tipo de dificultad en la evocación, independientemente de si hubo un proceso adecuado de registro y almacenamiento.

Puede verse afectada cualquier modalidad de memoria. Por ejemplo, con el nombre de amnesia temporal total de la memoria implícita se ha descrito una alteración que compromete la memoria de las habilidades y destrezas. El caso más conocido es el de un panadero italiano que perdió la capacidad para realizar las actividades diarias de su oficio (Stracciari – 1997). En cuanto a la amnesia de la memoria declarativa episódica, se ha reportado el caso de un hombre que, después de quedar amnésico, podía adquirir nueva información acerca de personas famosas, sucesos públicos y vocabulario a pesar de una gran pérdida de la memoria autobiográfica o episódica (Kitchener -1998). Incluso la memoria declarativa semántica puede comprometerse selectivamente.

En semiología, para especificar la amnesia se recurre, entre otros, a la presencia de posibles factores desencadenantes, el momento en que éstos intervinieron, la modalidad de memoria comprometida, la duración y la reversibilidad.

4.4.1. Factores desencadenantes y momento en que intervienen

4.4.1.1. Anterógrada. Es la incapacidad para evocar información de lo sucedido después de la acción de un factor desencadenante. Son referencias habituales acontecimientos como traumas craneoencefálicos, crisis epilépticas, accidentes cerebrovasculares o sucesos traumáticos para el psiquismo. Ejemplo: una mujer de 23 años no recordaba nada de lo sucedido durante los siguientes 30 minutos después de haber presentado una convulsión tónico clónico generalizada.

4.4.1.2. Retrógrada. Es la incapacidad para evocar información de lo sucedido antes de la acción de un factor desencadenante. Puede abarcar desde minutos hasta años. Sirven como referencias las mismas citadas en el aparte anterior. En la medida en que se resuelve, aparecen paulatinamente primero los recuerdos más antiguos y finalmente los más recientes. Ejemplo: un hombre de 45 años no recordaba nada de lo ocurrido media hora antes de haber recibido un trauma craneoencefálico que conllevó pérdida de conciencia.

Si la amnesia abarca información de sucesos previos y posteriores a la acción de un factor desencadenante se suele utilizar conjuntamente los términos anterógrada y retrógrada, especificando la duración de cada una.

En ocasiones no se puede evidenciar un factor desencadenante específico. En este caso, para hablar de anterógrada y retrógrada se tiene como punto de referencia el momento en que comenzó a presentarse la amnesia. I.H., un hombre de 50 años, sin que existiera un factor desencadenante evidenciable, a partir de un día determinado tuvo dificultad para almacenar nueva información en la memoria declarativa. Su amnesia se denomina entonces anterógrada, pues se tomó como punto de referencia el día en que apareció la alteración.

4.4.2. Otras especificaciones

4.4.2.1 Cuando se logra evocar información fragmentada la amnesia se denomina parcial. Si ni siquiera esto es posible: total.

4.4.2.2 Transitoria o temporal si es reversible y desaparece. Permanente si no revierte y prosigue sin cambios a través del tiempo.

4.4.2.3. Duración. Es conveniente especificar la duración en el tiempo. Así se puede hablar de una amnesia retrógrada que abarca dos meses antes del trauma o una amnesia parcial de media hora de duración.

4.5. HIPERMNESIA

Es el aumento en las capacidades mnésicas. Puede ser permanente o de breve duración.

4.5.1. Hipermnesias permanentes

Se observan en personas dotadas de una enorme habilidad para encontrar el día de la semana correspondiente a una fecha o los números que encabezan las páginas de una guía telefónica. Muchas de ellas tienen una inteligencia dentro del rango normal, pero también se ha visto que sujetos con retardo mental son capaces de realizar las mismas tareas.

4.5.2. Hipermnesias de breve duración

Se presentan como una reminiscencia rápida y elaborada de periodos prolongados de la vida. Se desencadenan por emociones intensas como las suscitadas en situaciones que conllevan gran peligro para la vida. De otra parte, los pacientes maniacos almacenan y evocan información más rápido y en mayor cantidad cuando se encuentran en este estado que cuando están en periodos intercríticos.

4.5.3. Recuerdos intrusivos

En el trastorno de estrés postraumático, después de que alguien haya estado expuesto a una situación traumática en la que hubo muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás, involuntariamente reexperimenta el suceso, incluso a través de lo sueños. Aparecen recuerdos bastante elaborados en los que figuran ilusiones, alucinaciones, emociones y pensamientos. La persona tiene la sensación de estar viviendo nuevamente el suceso traumático y en muchas ocasiones actúa conforme a ello; muestra gran temor y hasta reacciona con intentos de protegerse ante la posible agresión que una vez más viene a la conciencia.

4.6 PARAMNESIA

Es una falsa evocación. El afectado recuerda y relata hechos que nunca ha vivido o han tenido lugar o desfigura notoriamente los ocurridos.

4.6.1. Fenómenos de dejá vu y jamais vu

El fenómeno de *dejá vu* se refiere a la experiencia de ver, oír o vivir una situación con la sensación de que se trata de la repetición de una experiencia pasada y ya vivida. Se presenta, al igual que el fenómeno de *jamais vu*, en personas normales cuando se encuentran ansiosas, en quienes tienen rasgos esquizotípicos de personalidad, en episodios agudos de trastornos psicóticos y en la fase inicial de algunas crisis epilépticas. Y.W., al andar por una ciudad que no conocía, experimentaba que ya antes había caminado por esas calles; le eran familiares los negocios que encontraba a su paso y hasta creía haber entrado con anterioridad en algunas de las tiendas.

En el fenómeno del *jamais vu*, existe, en cambio, un sentimiento de extrañeza o de desconocimiento ante una experiencia repetida y por tanto ya vivida.

4.6.2. Confabulación

También llamada fabulación. Es la fabricación involuntaria de recuerdos. Puede corresponder a las actividades acostumbradas del paciente o ser de contenido netamente fantástico. Se asocia con la amnesia, ya que ante la ausencia de recuerdos, la persona llena ese lapso de tiempo con hechos que nunca ocurrieron, los que relata con la mayor seguridad. Una modalidad de menor intensidad es la adición de falsos detalles a los recuerdos reales. Es importante tener presente que habitualmente, todas las personas, en mayor o menor medida, introducen o inventan algún material con el fin de dar coherencia a sus relatos.

En la confabulación, los nuevos y falsos recuerdos no se producen voluntariamente, no representan un intento de engañar a los otros ni de mentirles, tanto así que la persona afectada no se da cuenta del compromiso en el funcionamiento de su memoria.. Se halla en algunas demencias. I.A. estaba hospitalizado por presentar demencia Alzheimer. La mayor parte del tiempo la dedicaba a caminar por los pasillos o tomar sol en el patio. Sin embargo, cuando alguien le preguntaba sobre las actividades de la mañana, relataba con cierto detalle los negocios que había realizado y las ganancias que obtendría con los nuevos acuerdos comerciales.

4.6.3. Falsos reconocimientos

La persona afectada cree reconocer a sus familiares o amigos, pero se trata de extraños que quizá nunca había visto antes. Se observa en la demencia y en los episodios agudos de algunos trastornos psicóticos.

4.6.4. Falsos recuerdos

Inicialmente se confunde situaciones reales e imaginarias: Posteriormente la memoria no consigue diferenciar unas de otras y las evoca como si todas hubieran ocurrido realmente. En los últimos años el tema ha sido motivo de gran polémica. Se discute si algunos de los recuerdos infantiles de abuso sexual y físico corresponden a eventos reales o son explicables más apropiadamente como falsos recuerdos, ya que éstos pueden incluso ser implantados de manera involuntaria mediante sugestión, sea ésta deliberada o no.

4.6.5. Flashbacks

Se presentan especialmente con el uso de marihuana. Una vez pasan los efectos a corto plazo producidos por la sustancia, de una manera involuntaria, la persona reexperimenta todos los cambios habitualmente asociados con su consumo. Actualmente, no hay acuerdo sobre si los flashbacks son desencadenados por la marihuana sola o es necesario la asociación de ésta con alucinógenos o sustancias como la Fenciclidina.

5. CUADROS CLÍNICOS DE LAS AMNESIAS

Si bien en el aparte 4.4. se discutió la definición y las especificaciones para describir las amnesias, dada su importancia se prefiere presentar por separado el cuadro clínico de las más importantes.

5.1. Amnesias de breve duración

Se presentan sobre todo en personas mayores de 50 años. Suelen ir precedidas de emociones intensas. Hay amnesia anterógrada acompañada de amnesia retrógrada que abarca desde horas hasta algunos días. No se acompaña de desorientación temporoespacial. Por lo general, la duración total es de 4 a 6 horas, si bien queda una amnesia lacunar definitiva del episodio.

Las amnesias de breve duración suelen presentarse igualmente en la epilepsia, en cuyo caso duran menos de una hora. También en migraña, en trauma craneoencefálico y en personas que reciben Benzodiazepinas o anticolinérgicos, si bien hay casos en que no se halla ninguno de estos factores y el caso debe considerarse como de amnesia pura. En este aparte, también se incluyen trastornos específicos de breve duración como la amnesia global transitoria.

5.2. Sindromes amnésicos duraderos

5.2.1. Amnesias hipocámpicas

Se caracterizan por amnesia anterógrada de memoria declarativa cuyo comienzo coincide con la manifestación clínica de la lesión (trauma craneoencefálico, intervención quirúrgica, etc). Es famoso el caso de H.M., quien a los 27 años fue sometido a una lobectomía temporal bilateral que incluía el hipocampo. Después de la cirugía no conseguía retener la nueva información más allá de unos minutos. Evocaba sin mayor problema los acontecimientos previos a la intervención quirúrgica, pero era incapaz de aprender y no podía recordar lo que hizo el día anterior o lo que comió en el desayuno de la mañana. Su alteración se ha descrito como "olvidar los incidentes de la vida diaria tan pronto como ocurren". Su dificultad radicaba en la imposibilidad de transferir información de la memoria a corto plazo a la memoria a largo plazo. Además de las intervenciones quirúrgicas, son causa de este tipo de amnesia las lesiones que afecten bilateralmente el lóbulo temporal.

5.2.2. Sindrome de Korsakoff

Se caracteriza por amnesia anterógrada acompañada de desorientación temporoespacial, confabulación y falsos reconocimientos. La amnesia anterógrada implica que no se puede almacenar nueva información; los hechos se borran de la memoria en unos cuantos segundos. Hay también amnesia retrógrada que cubre de meses a años antes del inicio de la enfermedad, siendo los eventos recientes los peor recordados. Las confabulaciones o fabulaciones son narraciones que reemplazan a los recuerdos. Los falsos reconocimientos hacen que la persona atribuya a desconocidos las identidades de familiares o amigos. El sindrome de Korsakoff más conocido es el asociado a deficiencia de vitamina B en el alcoholismo, pero también se encuentran en casos de vómitos profusos, sindromes de malabsorción intestinal, tumores que invaden el trecho del tercer ventrículo, especialmente el craneofaringioma del adulto, en complicaciones isquémicas de los aneurismas de la arteria comunicante anterior. Se ha descrito este sindrome también en casos de trauma craneoencefálico.

5.3. AMNESIAS ASOCIADAS A TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO

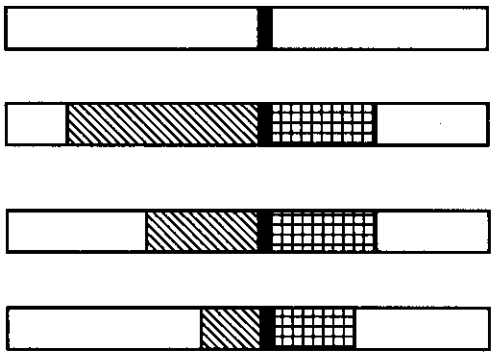
El trauma craneoencefálico, dependiendo de varios factores, entre ellos la duración del compromiso del estado de conciencia, puede producir amnesia de breve o larga duración. Aunque no hay un cuadro amnésico patognomónico, se sabe que la amnesia es proporcional a la duración del coma. Inicialmente se presenta confusión y desorientación temporoespacial, acompañadas de amnesia anterógrada y retrógrada de duración variable. El restablecimiento de la orientación normal marca el fin de la amnesia postraumática. Con el paso de las semanas disminuye el periodo de tiempo cubierto por la amnesia retrógrada y anterógrada, si bien casi siempre queda un lapso de amnesia definitivo después de que hayan transcurrido 12 a 18 meses desde el momento del trauma.

Ejemplo. A.R, una mujer de 35 años sufrió un trauma craneoencefálico y tuvo un periodo de coma de 20 minutos de duración. La primera evaluación, el día del traumatismo, la mostraba confusa, desorientada en tiempo y espacio y con amnesia retrógrada cuya extensión no se lograba precisar. Un mes después, estaba orientada. La evaluación de ese día mostró una amnesia retrógrada que abarcaba los últimos dos meses previos al trauma y una amnesia anterógrada que cubría las tres semanas siguientes. Transcurrido otro mes, se encontró amnesia retrógrada de cuatro semanas y anterógrada de tres, si bien había recuerdos aislados y poco precisos de sucesos ocurridos durante el periodo de la amnesia. Pasados seis meses desde el trauma, había amnesia retrógrada de dos semanas y anterógrada de dos semanas y medio. (Ver figura número 1)

Posterior a un trauma craneoencefálico, especialmente cuando hay asuntos legales o económicos de por medio, se suele presentar el sindrome posconmocional, caracterizado por dificultades para aprender nueva información, dificultad para recordar lo aprendido, cefalea, adinamia y dificultades en el equilibrio. Es importante realizar una buena evaluación en estos casos, ya que las quejas en muchas ocasiones son mayores que los problemas objetivos encontrados.

FIGURA N o. 1.
AMNESIA ASOCIADA A TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO.

El periodo de coma (de 20 minutos de duración) está representado en negro. En barras oblicuas figura la amnesia retrógrada y en punteado la anterógrada. En el momento de la evaluación inicial en el servicio de urgencias habían transcurrido 30 minutos desde el trauma craneoencefálico. Al llegar al hospital, dada la desorientación del paciente, no fue posible evaluar la extensión de la amnesia.



Momento inicial de la evaluación (30 minutos después del trauma). Amnesia no determinada.

Tres semanas después del trauma. Amnesia retrógrada: 2 meses. Amnesia anterógrada: 3 semanas.

Dos meses después del trauma. Amnesia retrógrada: 4 semanas. Amnesia anterógrada: 3 semanas.

Seis meses después del trauma. Amnesia retrógrada: 2 semanas. Amnesia anterógrada: 2 y media semanas.

5.4. Amnesias asociadas con demencias

La amnesia es el síntoma por excelencia de las demencias. De acuerdo con el tipo de demencias el patrón de presentación de la amnesia va a ser diferente. En la demencia tipo Alzheimer, las modificaciones en la memoria varían de acuerdo con el estadío de la enfermedad. Tomando el comienzo de las alteraciones como el punto de referencia, inicialmente se comprometen la memoria de corto plazo y la episódica (anterógrada), después la semántica y la episódica retrógrada, preservándose hasta el final la memoria implícita o no declarativa.

Este patrón permite diferenciarla de otras demencias y facilita el diagnóstica temprano cuando el motivo de consulta se circunscribe a un problema aislado de memoria. Una persona con Alzheimer olvida inicialmente aspectos como el lugar donde dejó las llaves y duda si hace un minuto tomó un medicamento prescrito (compromiso de la memoria a corto plazo). A esto se agrega después el olvido de lo ocurrido la última navidad o cumpleaños (amnesia episódica anterógrada). Posteriormente olvida significados de palabras y conceptos (amnesia semántica). En las etapas finales olvida sus vivencias infantiles (amnesia episódica retrógrada)

5.5. Amnesias psicogenas o disociativas

Lo más destacado de ellas es el tema que no se logra recordar. Se trata de información personal, a menudo traumática o muy estresante, pero demasiado amplia como para ser

explicada por procesos funcionales de olvido. Si se puede recordar algo, no se consigue retenerlo más allá de unos segundos. Es una amnesia de memoria episódica. Las personas afectadas, de otra parte, desempeñan sus actividades sin mayor inconveniente y no se las observa con actitud de extrañeza ni perplejidad.

Este tipo de amnesia se observa en el trastorno denominado amnesia disociativa, en la fuga disociativa y en el trastorno de identidad disociativo (personalidad múltiple).

TABLA No. 1
ALTERACIONES DE LA MEMORIA

1. Alteraciones en el registro y almacenamiento
   - 1.1. Falta de atención
   - 1.2. Compromiso en el estado de conciencia
   - 1.3. Falta de motivación
   - 1.4. Efecto de sustancias

2. Dificultad temporal para la evocación.

3. Deterioro de la memoria. (Capacidades mnésicas disminuidas). Se presenta en ansiedad, depresión y en etapas iniciales de la demencia

4. Amnesias
   - 4.1. De breve duración
   - 4.2. De larga duración
   - 4.3. Asociadas a traumas craneoencefálicos
   - 4.4. Asociadas a demencias
   - 4.5. Disociativas o psicógenas.

5. Hipermnesias
   - 5.1. Permanentes
   - 5.2. De breve duración.
   - 5.3. Recuerdos intrusivos.

6. Paramnesias
   - 6.1. Fenómenos de lo ya visto y nunca visto
   - 6.2. Fabulaciones o confabulaciones
   - 6.3. Falsos reconocimientos
   - 6.4. Falsos recuerdos
   - 6.5. Flashbacks

TABLA No. 2
ESPECIFICACIONES SEMIOLÓGICAS DE LAS AMNESIAS

1. Relación con un evento causal o con el momento del inicio de la amnesia.
   1.1. Retrógrada. No se puede evocar la información de lo acaecido previamente al evento causal (si no hay un evento causal claro, se toma como punto de referencia el momento del inicio de la amnesia).

   1.2. Anterógrada. No se puede evocar la información de lo acaecido con posterioridad al evento causal (si no hay un evento causal claro, se toma como punto de referencia el momento del inicio de la amnesia).

2. Extensión de la información olvidada.
   2.1. Total. No es posible recordar nada.
   2.2. Parcial. Se puede recuperar información fragmentada.

3. Modalidad de memoria afectada.
   3.1. Amnesia de memoria no declarativa.
   3.2. Amnesia de memoria declarativa episódica.
   3.3. Amnesia de memoria declarativa semántica.

4. Reversibilidad.
   4.1. Transitoria o temporal si es reversible y desaparece.
   4.2. Permanente si no revierte y permanece sin cambios a través del tiempo.

5. Periodo de tiempo cubierto.
   Se especifica el periodo de tiempo que cubre la amnesia. Ejemplos: amnesia de las dos últimas horas previas a un accidente. Amnesia de dos días de duración a partir de una crisis epiléptica.

Introspección

Introspección es la capacidad de percibir e identificar los estados psicológicos propios y reflexionar sobre ellos. Si estamos tristes, percibimos ese tinte afectivo y pensamos en su causa. Si tenemos miedo, identificamos dicha experiencia y hasta podemos hablar del objeto que nos atemoriza. Todo ello gracias a la capacidad de volvernos sobre nosotros mismos y elaborar pensamientos acerca de nuestras experiencias psicológicas. La introspección comprende: 1- La percepción e identificación de los estados psicológicos propios, 2- su explicación mediante cualquier sistema de creencias, 3- su integración en el conjunto de experiencias actuales y del pasado, 4- su crítica y 5- hasta su explicación mediante alguna teoría psicológica conocida. Aunque se menciona cinco instancias, las cuatro primeras son las fundamentales; la última favorece y magnifica el proceso, pero no es indispensable.

1. ETAPAS DE LA INTROSPECCIÓN

1.1. Percepción e identificación delos estados psicológicos propios

Si alguien dice *"me persiguen con el fin de matarme"*, *"estoy contento"* o *"siento que los demás conocen mi pensamiento"*, en todos los ejemplos, quien habla sabe que tiene, en ese preciso momento, una experiencia psicológica específica, así no disponga de explicación alguna para la misma. No se trata de una sensopercepción en el sentido estricto, pues el estímulo que la origina no pertenece a una modalidad sensorial específica ni ejerce su efecto en receptor alguno, pero el proceso de identificación es similar al que ocurre cuando alguien dice "veo nubes", "oigo música" o "siento calor", situaciones en las que se identifica sensopercepciones de tipo visual, auditivo y táctil.

1.2. Explicación mediante algún sistema de creencias

Los humanos poseemos la tendencia a dotar de sentido cuanto nos rodea y ocurre. Los estados psicológicos no son la excepción. Si estamos tristes, podemos culpar de ello a los demás, pensar que es un castigo de los dioses o creer que somos objeto de brujería, pero no dejamos a la tristeza flotando en el aire y sin explicación alguna. La explicación inicial, la mayoría de las veces, es inmediata y poco elaborada, pero cumple con el papel de hacer entendible, ante nosotros mismos, lo que nos sucede. No importa que sea extraña, contraintuitiva o inaceptable científicamente, lo que cuenta es que da sentido a las experiencias.

1.3. Integración con las experiencias actuales y del pasado

Tenemos una historia de nuestra vida; recordamos cómo nos sentimos en las situaciones importantes y en las insólitas; conocemos, en mayor o menor medida, los rasgos más destacados de nuestra personalidad. Dentro de esa historia y conocimientos integramos las nuevas experiencias. Este marco nos sirve a la vez para anticipar los eventos e imaginarnos el comportamiento en situaciones futuras. Es cierto que a veces nos sorprendemos de una reacción agresiva inesperada cuando siempre hemos sido tolerantes o de nuestra pasividad ante algunas injusticias en lugar de una actitud firme, pero no por ello decimos de buenas a primeras que esa agresividad o esa pasividad no son parte de nuestra conducta. Justificamos lo que no nos gusta, pero no afirmamos que fue un titiritero quien movió los hilos y nos hizo actuar.

No obstante, en algunas personas no se produce esa integración. La historia de si mismas es pobre y fragmentaria, no conocen los rasgos más prominentes o los desadaptativos de su personalidad ni reconocen un cambio súbito y masivo en su manera de ser cuando éste se produce. Es el caso de quienes a pesar de presentar, uno tras otro, episodios con síntomas psicóticos, consideran que su comportamiento jamás ha sido llamativo o extraño ni ha sufrido ruptura alguna.

1.4. Reflexión (crítica)

Es fácil tener explicaciones inmediatas sobre nuestros estados psicológicos; lo difícil es reflexionar acerca de ellas, considerar sus debilidades y fortalezas y llegar a reconocer el papel que jugamos en lo que nos sucede. Si estoy triste y con rabia después de perder dinero por realizar negocios con una persona de quien me habían dicho era poco fiable y planteo que mi problema se reduce a la existencia de gente inescrupulosa en el mundo, tengo una explicación de lo sucedido. Me puedo quedar con ella, pero también criticarla.

Si hago lo último me veo en la necesidad de reflexionar si en realidad mi explicación da cuenta en forma adecuada de lo ocurrido. Para el caso, me obliga a recordar que ya estaba advertido y me habían desaconsejado esa negociación. Además, no puedo olvidar que he contribuido al desarrollo de los sucesos. Es entonces cuando reconozco que uno de los rasgos de mi personalidad –el exceso de confianza- me llevó a tomar una decisión que todos consideraban inadecuada. Después de la crítica, he cambiado mi explicación; la nueva es más amplia y me implica a mi mismo como sujeto activo y determinante de los hechos de mi vida.

En las personas que tienen a la reflexión por costumbre, este paso –el cuarto- se da de manera conjunta con el segundo; esto es, la explicación inmediata de sus estados psicológicos es por lo general un proceso de reflexión.

1.5. Uso de alguna teoría psicológica para explicar los estados psicológicos

El desarrollo del conocimiento ha permitido disponer cada vez de más y mejores teorías para explicar la diversidad de fenómenos del mundo. Cuando el objeto de estudio es el psiquismo, las teorías destacan algún aspecto en especial y lo privilegian como punto de partida para el conjunto de explicaciones. La teoría psicoanalítica se basa en la existencia de lo inconciente; para el conductismo, el aprendizaje es su piedra angular; en ciencias cognoscitivas se habla de procesos y representaciones intrapsíquicos como generadores del comportamiento; mientras el biologicismo da prioridad a la físico-química del cerebro.

Las personas pueden tomar alguna teoría y utilizarla como marco de referencia explicativo de sus estados psicológicos, lo que favorece enormemente el proceso de crítica. No obstante, esto no lo garantiza, pues hay quienes conocen muy bien una teoría psicológica, pero no por ello tienen un buen proceso de introspección. El uso de estas teorías no se da espontáneamente, es producto del estudio o resultado de una psicoterapia.

Vamos a utilizar un ejemplo para ilustrar los pasos del proceso de introspección. Si después de una discusión sin mayor motivo, con uno de nuestros mejores amigos, nos mostramos ofendidos y nos sentimos tristes e iracundos; mediante la introspección: 1- percibimos e identificamos la ira y tristeza, 2- las explicamos en primera instancia como resultado del agravio que sentimos unos minutos antes, 3-nos sorprendemos de la reacción exhibida pero la integramos relacionándola con otras del pasado o evocando situaciones similares en las que respondimos de manera diferente, 4- pensamos (criticamos) la explicación inicial y nos preguntamos si había justificación par tal reacción ante un situación tan poco importante y 5- hasta llegamos a considerar que es entendible lo sucedido si tenemos presente que el motivo trivial lo habíamos asumido como ofensa narcisista; es decir, finalizamos explicando nuestra experiencia mediante una teoría psicológica que conocemos o es de nuestra preferencia.

La introspección es mucho más que las denominadas conciencia de síntomas y conciencia de enfermedad. Se habla de la primera cuando una persona tiene síntomas de algún trastorno psiquiátrico y los identifica como tales; mientras que la segunda es la aceptación, por el paciente, de que esos síntomas son manifestaciones de una enfermedad mental. Las dos son parte de la introspección y en muchas ocasiones es importante especificarlas en el examen mental, pero siempre dentro del apartado de introspección. I.M.. escuchaba voces que le hablaban desde las nubes. Consideraba ésta una situación extraña y anormal: tenía conciencia de síntomas. Días más tarde, afirmaba que junto con el insomnio y la ansiedad, aquellas alucinaciones constituían una recaída del trastorno mental que padecía: conciencia de enfermedad.

Al igual que la inteligencia o la memoria, la introspección no es una función aislada, es más bien el psiquismo en la acción de conocerse a sí mismo, y a ello contribuyen todas sus áreas, especialmente las denominadas cognoscitivas. Esta capacidad no tiene los mismos alcances en todos los seres humanos y tampoco se mantiene invariable a lo largo de la vida; puede cambiar, en ocasiones, de un día para otro. Es diferente la introspección de quienes tiene síntomas psicóticos intensos antes de comenzar el tratamiento, unos días después de haberlo iniciado y cuando egresan de la hospitalización. De otra parte, tenemos facilidad para conocer muchos aspectos de nuestro psiquismo, pero hay otros que se nos escapan y cuyo conocimiento nos resulta sumamente difícil.

2. GRADOS DE INTROSPECCIÓN

Se puede establecer algunas formas y grados en que la introspección se presenta:

2.1. Ausencia de introspección

Ni siquiera existe la posibilidad de percibir e identificar los estados psicológicos propios. La persona no se reconoce a sí misma, no sabe que existe y mucho menos puede identificar sus estados psicológicos. Se presenta en el delirium, donde el compromiso del estado de conciencia impide este proceso, y en los estados avanzados de demencia. También en todo trastorno que altere la conciencia y lleve al estupor o al coma.

2.2. Introspección precaria

Los estados psicológicos se perciben con gran dificultad y los otros pasos de la introspección no se producen o se hallan muy comprometidos. Se presenta en las personas con síntomas psicóticos intensos o en pacientes que sufren los procesos de deterioro significativo que acompañan a algunos casos de esquizofrenia. F.L., un hombre de 38 años, no había salido de casa en los dos últimos años y permanecía la mayor parte del tiempo acostado. Al entrevistarlo, repetía que se sentía aburrido y que alguien lo perseguía, pero no lograba explicar nada más al respecto. Percibía algunos de sus estados psicológicos –aburrimiento y experiencias de persecución- pero su proceso de introspección no pasaba de este punto. No le parecía llamativo su prolongado encierro y aún insistiéndole no lograba dar más detalles acerca de sus posibles perseguidores ni los motivos de éstos.

A veces, aunque el paciente intenta dar alguna explicación de lo que experimenta, ésta es demasiado pobre y muy poco elaborada. D.O., una mujer de 40 años, caminaba por las calles sin rumbo definido. Decía:

"yo soy el naranja, soy el sol, porque para mí el sol no es amarillo sino naranja. Le huyo al negro porque es un color malo; me persigue y me quiere hacer daño".

D.O. percibía e identificaba que ella y el sol eran uno solo y tenía miedo del color negro, al que consideraba su perseguidor; pero las explicaciones sobre lo que sentía eran muy pobres, tan sólo repetía frases acerca de su identificación con el sol y de la maldad del color negro.

2.3. Introspección pobre

La persona, además de percibir e identificar sus estados psicológicos, tiene alguna explicación al respecto, pero difícilmente integra sus vivencias en el conjunto de su psiquismo. Se observa en los pacientes que tienen ideas delirantes estructuradas, alucinaciones o exaltación afectiva intensa. La misma D.O. del ejemplo anterior, unos días más tarde, cuando había comenzado a recibir tratamiento, decía que los colores tienen vida, sentimientos e intenciones al igual que los seres humanos y transmiten esas cualidades a los objetos. Así, había que cuidarse de los carros negros, pues son agresivos e intentan atropellar a los peatones. Explicaba su identificación con el sol diciendo que poseía algunas blusas color naranja, el color del sol, por lo que ella y la estrella eran uno solo. Como se ve, D.O. ya tenía explicaciones más elaboradas, si bien bastante extrañas. Sin embargo, no lograba integrarlas en la historia de su psiquismo; no se daba cuenta de lo inusual de su conducta ni de la ruptura que había entre su comportamiento actual y su manera de ser habitual.

P.B., una mujer de 55 años de edad, desde los 35 había estado hospitalizada una o dos veces al año debido a episodios maniacos en los que desplegaba agresividad verbal y física. Consideraba que no tenía enfermedad alguna, pues jamás su conducta había sido extraña o llamativa, tan sólo reconocía haber experimentado irritabilidad moderada en algunas épocas. Explicaba las hospitalizaciones arguyendo que eran debidas a la falta de entendimiento por parte de su hijos, dado que se consideraba a sí misma un poco exigente con ellos. P.B. captaba e identificaba pobremente sus estados psicológicos, minimizaba la agresividad y descalificaba sus otros síntomas. Tenía una explicación para lo ocurrido, así fuese tergiversada: decía que sus hijos no entendían sus exigencias y terminaban por hospitalizarla; pero más allá, no conseguía integrar este aspecto en el conjunto de sus vivencias actuales y pasadas.

2.4. Introspección aceptable

La persona percibe e identifica sus estados psicológicos, tiene una explicación para los mismos (así sea extraña o falsa) y puede integrarlos en sus vivencias actuales y pasadas, pero la reflexión sobre los mismos está ausente. Se encuentra en un gran porcentaje de

la población general, en la mayoría de quienes sufren algún trastorno psiquiátrico diferente de los trastornos psicóticos y afectivos y en éstos últimos, en unas pocas personas, durante los episodios de sintomatología activa.

U.M., un pintor de 38 años, sentía que las figuras humanas de sus pinturas le hablaban y le señalaban los trazos poco estéticos para su corrección. Reconocía el carácter extraño de tal situación; recordaba haber tenido la misma experiencia tres años antes cuando hubo necesidad de hospitalizarlo y darle tratamiento; evocaba al psiquiatra de ese entonces, quien le aclaraba que tales manifestaciones correspondían a una enfermedad mental; pero insistía en que esta vez se trataba de una verdadera revelación de las musas, quienes una vez más habían descendido del Olimpo para inspirarlo. U.M. percibía e identificaba sus alucinaciones, las explicaba basándose en la leyenda de las musas, recordaba experiencias similares del pasado que requirieron tratamiento intrahospitalario, reconocía que un psiquiatra le había hablado acerca de sus síntomas como parte de una enfermedad mental, pero aún así no era capaz de detenerse un momento y poner en duda sus explicaciones actuales. No había un proceso de crítica y reflexión sobre las vivencias, aceptaba sin reparos su explicación inmediata y no daba lugar a considerar otras.

2.4. Introspección adecuada

La persona puede percibir sus estados psicológicos, les da una explicación inicial e inmediata, los relaciona e integra con el resto de sus vivencias actuales y pasadas, reflexiona sobre ellos y hasta consigue comprenderlos utilizando alguna teoría psicológica conocida.

J.M. es un hombre de 42 años quien en uno de sus episodios maniacos se sentía suficientemente rico como para pagar la deuda externa de Colombia. Consideraba indispensable que el presidente le concediera audiencia para hacerle este ofrecimiento y contribuir al desarrollo del país. A pesar de experimentar todo lo anterior, J.M. no fue a palacio sino donde su psiquiatra, pues era capaz no sólo de identificar sus estados psicológicos, sino de criticarlos y explicarlos como parte de la enfermedad que padecía y conocía. Sabía que sus creencias eran irreales y su enorme riqueza no era sino un síntoma más. Esa crítica le permitía ponerle límite a la conducta derivada de los síntomas maniacos y buscar ayuda con el fin de controlar el episodio.

Si bien las categorías que hemos establecido acerca de la introspección van a ser útiles en toda evaluación, en ocasiones será preferible y mucho más productivo describir el proceso. Podemos decir, de un determinado paciente, que percibe e identifica sus estados psicológicos, pero tiene grandes dificultades para reflexionar sobre ellos. O de otra persona afirmar: no percibe algunos de sus estados psicológicos, si bien su proceso de introspección es adecuado con respecto a los estados que puede identificar.

TABLA No. 1
INTROSPECCIÓN - CARACTERISTICAS

Capacidad que permite:
- Percibir e identificar los estados psicológicos propios.
- Darles alguna explicación inicial.
- Relacionarlos con las experiencias actuales y del pasado (integrarlos)
- Reflexionar sobre ellos (criticarlos)
- Explicarlos utilizando una o más teorías psicológicas conocidas.

TABLA No. 2
INTROSPECCIÓN - GRADOS

Ausente.
- No hay percepción o identificación de los estados psicológicos propios.

Precaria.
- Hay identificación de los estados psicológicos propios.

Pobre.
- Hay identificación de los estados psicológicos propios.
- Se tiene una explicación inicial para los mismos (así sea extraña, contraintuitiva o falsa).

Aceptable.
- Hay identificación de los estados psicológicos propios.
- Se tiene una explicación inicial para los mismos (así sea extraña, contraintuitiva o falsa).
- Se los integra con las vivencias actuales y del pasado.

Adecuada.
- Hay identificación de los estados psicológicos propios.
- Se tiene una explicación inicial para los mismos (así sea extraña, contraintuitiva o falsa).
- Se los integra con las vivencias actuales y del pasado.
- Se los critica (proceso de reflexión).
- En algunos casos la reflexión se da con los elementos teóricos de una o más corrientes de pensamiento acerca del psiquismo (teoría psicoanalítica, conductismo, ciencias cognoscitivas, biologicismo)

Si se desea, se puede especificar además si existe o no conciencia de síntomas y de enfermedad.

JUICIO DE REALIDAD

En muchas ocasiones se suele confundir el juicio y el raciocinio, tal como se emplean en neuropsicología y otras disciplinas, con el juicio de realidad, lo que da lugar a algunos usos equívocos. Aunque las dos acepciones comparten varios elementos, es importante diferenciarlas y precisar sus alcances.

En ciencias cognoscitivas, juicio y raciocinio se relacionan con el procesamiento de símbolos mentales y su papel en la selección de respuestas apropiadas y en la toma de decisiones. En este orden de ideas, estudiar sus características es hablar de pensamiento e inteligencia. Para su evaluación se plantea problemas como los siguientes: Si Pedro es más alto que Juán y más bajo que Alejandro, ¿quién es más alto de los tres? o ¿es cierto que entre más grande sea un automóvil más velocidad alcanza?

En cambio, juicio de realidad, en semiología psiquiátrica, alude a una actividad de síntesis en la que a partir de las percepciones, las emociones, las experiencias previas y las creencias se llega a formar opiniones sobre las personas, cosas y eventos del medio. La evaluación de esas opiniones, a su vez, es la base para conocer el grado en que alguien distorsiona la apreciación de los objetos y sucesos del mundo.

Cuando un grupo de gente observa el sol, cada uno de los integrantes puede emitir diferentes conceptos: *"Se trata de un dios que creó todo lo existente". "Es el objeto celeste ubicado en la segunda esfera que rodea la tierra". "Es una estrella como muchas otras". "Es una gran masa de hidrógeno". "Significa la posibilidad de la vida en la tierra".* En el ejemplo, cada persona, basándose en las particularidades de su psiquismo enuncia algo del sol. Pero ahí no queda todo. Si se dudara de sus afirmaciones, seguramente, una tras otra, defenderán el sentido no figurado de lo que dicen, considerarán que están en lo cierto y estarán convencidas de su objetividad. No obstante, ante la disparidad de opiniones enunciadas surgen algunas inquietudes: De todas ellas, ¿quién posee y dice la verdad?, ¿quién juzga la realidad como ella es?, ¿quién capta las cosas como son en sí mismas?, ¿quién aprecia de manera distorsionada el mundo?

La filosofía lleva 25 siglos lanzando interrogantes parecidos. La ciencia, a partir de la modernidad, ha buscado afanosamente un tipo de conocimiento objetivo e independiente de nuestros conceptos y representaciones. Comenzando el siglo XXI, ya no es tan fácil sostener que hay una única manera correcta de entender el mundo y desestimar a las demás por falsas. Hasta nuestros conocimientos más firmemente establecidos tienen fundamentos frágiles. La silla y la mesa ubicadas al frente, esas cosas tan reales que podemos tocar, golpear y mover, para un físico se resumen en una colección átomos. Es más, en opinión de un físico cuántico no son más que un entretejido de relaciones entre partículas, pues ni siquiera es aceptable plantear que los objetos están formados por la unión de partículas elementales.

Si se trata de apreciar una obra de arte o de opinar sobre el mejor sistema económico para los pueblos, las discrepancias serán aún más grandes. Para algunos, el neoliberalismo es inaceptable porque acrecienta la diferencia entre pobres y ricos, margina del desarrollo a amplios sectores de población y aumenta el desempleo. En opinión de otros es el único sistema que garantiza el desarrollo económico, desestimula al que sentado espera ayuda y premia con riqueza el esfuerzo individual. ¿Quién tiene la razón? ¿Cuál de las dos opiniones es verdadera? No es posible pretender que haya acuerdo sobre estos ni otros aspectos del mundo y mucho menos evaluar eso que denominamos juicio de realidad a partir de los puntos de vista sobre este tipo de temas.

Entonces, ¿en qué podemos estar de acuerdo y a la vez utilizarlo como punto de partida para evaluar el juicio de realidad? El filósofo norteamericano Willard Quine (1993), adaptando una expresión de Voltaire, decía que los objetos físicos, si no existieran, tendrían que inventarse, pues son indispensables como denominadores comunes públicos de la experiencia sensorial privada

En primera instancia, son los objetos físicos de tamaño mediano como libros, mesas y vestidos quienes nos permiten lograr un mínimo acuerdo acerca de lo que existe y forma parte del mundo real. Si un grupo numeroso de personas, al observar un objeto, lo denominan silla y dicen que sirve para sentarse, entre ellas hay consenso sobre esa parte de la realidad. Pero si de ese mismo objeto, alguien afirma que es un horrible insecto que intenta atacarlo, ninguno de los demás aceptará esta apreciación. Será rechazada y se destacará su extrañeza. Parece que los únicos aspectos de la realidad que la inmensa mayoría juzgamos de manera similar son aquellos relacionados con la asignación de características generales como el color y forma, la denominación y la descripción del uso de los objetos físicos comunes y corrientes que observamos a nuestro alrededor.

Aunque aparentemente lo anterior sólo sería de importancia para la filosofía, vale la pena no perderlo de vista si se quiere evitar una conclusión apresurada acerca del juicio de realidad de alguien. En la práctica clínica, afortunadamente, disponemos de elementos adicionales para estudiarlo. Por lo general intentamos adaptar nuestro comportamiento al entorno sociocultural en que nos encontramos. En mayor o menor medida lo logramos. Pero si ni siquiera conseguimos una mínima adaptación, nuestro juicio puede estar comprometido. Por ejemplo, sería al menos llamativo si a cualquier persona, aún siendo completamente desconocida, tan pronto la vemos le enumeramos sus defectos, o si alguien procede a orinar inmediatamente siente esa necesidad y ni siquiera intenta buscar un baño.

Para estudiar el juicio de realidad es necesario tener en cuenta su carácter dinámico. Puede alterarse por periodos de tiempo que van desde segundos hasta años. Un episo-

dio súbito de ira intensa afecta el juicio durante varios minutos; en cambio, en algunos casos de esquizofrenia hebefrénica esto sucede de manera indefinida. Un racista no estará en capacidad de evaluar apropiadamente y opinar sobre un asunto de convivencia entre grupos raciales diferentes, pues su juicio se halla comprometido selectivamente cuando el tema se relaciona con sus prejuicios. De otra parte, es posible encontrar gran variación en la intensidad del compromiso e incluso oscilaciones temporales en el mismo. Para particularizar, las alteraciones en el juicio de realidad se clasifican así:

1. JUICIO DESVIADO

Si en un salón de conferencias, las únicas palabras que escucha la totalidad del grupo son las del expositor, concluimos que hay acuerdo entre los presentes acerca del origen de esos estímulos auditivos. Si un recién llegado anota que allí no sólo se oye la voz del conferencista, sino una segunda voz que lanza insultos y comentarios desagradables, seguramente ninguno de los presentes aceptará esta afirmación. Todo indica que el sistema sensoperceptivo del último de los asistentes ha distorsionado notoriamente la información y lo ha llevado a juzgar de una manera extraña los sucesos. Lo anterior trae una primera conclusión: cuando hay alteraciones de la sensopercepción, especialmente alucinaciones auditivas o visuales, así como ilusiones visuales, sin que el afectado sea capaz de captar su carácter patológico, decimos que su juicio de realidad está desviado.

Si alguien está firmemente convencido de ser el enviado de algún dios, insta a todos al arrepentimiento y se torna iracundo cuando otros lo confrontan o contradicen; las características de su creencia son indicativas de la distorsión existente en la apreciación de si mismo y de su historia vital. Surge una nueva conclusión: cuando hay ideas delirantes, el juicio de realidad se desvía como consecuencia de su presencia.

Se considera que el juicio está desviado cuando la evaluación de los objetos y los hechos se distorsiona de forma evidente. Esto es debido a la presencia de síntomas psicóticos como las alucinaciones, ideas delirantes o desorganización del pensamiento, pero también se encuentra en manía y en casos severos de depresión.

2. JUICIO DEBILITADO

En un aparte de la obra de Shakespeare, Hamlet describe así su estado:

"De poco tiempo a esta parte, el porqué es lo que ignoro, he perdido completamente la alegría, he abandonado todas mis habituales ocupaciones, y, a la verdad, todo ello me pone de un humor tan sombrío, que esta admirable fábrica, la tierra, me parece un

estéril promontorio; ese dosel magnífico de los cielos, la atmósfera, ese espléndido firmamento que allí veis suspendido, esa majestuosa bóveda tachonada de ascuas de oro, todo eso no me parece más que una hedionda y pestilente aglomeración de vapores".

El mundo externo sigue siendo el mismo, pero Hamlet ha cambiado. Los objetos no se han transformado en cuanto a su forma, tamaño, color o consistencia, pero lo bello, fértil, alegre y admirado se ha vuelto repulsivo, árido y maloliente por obra y gracia de la depresión.

Cuando el juicio está debilitado no hay una franca distorsión del entorno como sucede con las alucinaciones o las ideas delirantes. Más bien, se produce una sobre o infravaloración bastantes marcadas de determinados aspectos del mundo o en su defecto se manifiesta como dificultad en organizar lo que se capta, en procesarlo y formar opiniones estructuradas. Además de la depresión, se encuentra en la hipomanía, en ciertos trastornos de ansiedad, en algunos trastornos de personalidad, en la fuga disociativa, en personas con retardo mental y en estados iniciales o intermedios de las demencias.

En el trastorno de personalidad paranoide, de manera constante, el afectado interpreta las acciones de los demás como maliciosas. Piensa que se van a aprovechar de él, duda de la lealtad de todos, se muestra reticente a confiar en cualquiera, vislumbra significados ocultos en las situaciones más insignificantes y percibe ataques que para nadie más son siquiera aparentes. Ve el mundo poblado de personas y situaciones peligrosas. Sobrevalora notoriamente el riesgo y el peligro.

Quien presenta retardo mental no alcanza a entender explicaciones elaboradas, no sigue secuencias medianamente prolongadas de pensamientos ni comprende las analogías y las metáforas. Las habilidades que permiten interpretar de forma aceptable lo que sucede en el medio están disminuidas dando como resultado opiniones poco estructuradas.

3. JUICIO ANULADO

No hay posibilidad de evaluar el entorno debido a alteraciones en el estado de conciencia o al compromiso marcado de la memoria. El ejemplo indiscutible lo constituye el estado de coma. No hay contacto con el medio ni respuesta alguna a los estímulos. En estados avanzados de demencia la memoria se encuentra tan afectada que las personas no logran recordar ni integrar en su psiquismo lo que acaba de ocurrir.

Bibliografía

- Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV. Masson. Barcelona
- Barkley, Russell. (1998). Atention deficit and hiperactivity disorder. Scientific American. September.
- Beardsley, Tim. (1997). The machinery of thought. Scientific American. August: 78-83.
- Beardsley, Tim. (1998). For whom did the Bell curve toll? Scientific American Presents. Vol. 9. Number 4: 30-31.
- Bechtel, William. (1991). Filosofía de la mente. Una panorámica para la ciencia cognitiva. Tecnos, Madrid.
- Bobenrieth, Andrés. (1996). Inconsistencias ¿por qué no?. Colcultura. Bogotá.
- Bremner, J.D. Krystal, J.H. Charney, D.S. Southwick, S.M. (1996). Neural Mechanisms in dissociative amnesia for childhood abuse: relevance to the current controversy surrounding the «false memory syndrome». Am. J. Psychiatry. Jul; 153: 71-82.
- Caramazza, Alfonso. (1997). Brain and Language. En: Gazzaniga, Michael (Editor). Conversations in the cognitive neurosciences. The MIT Press. Cambridge, Massachusetts.
- Crick, Francis. Koch, Christof. (1992). The problem of consciousness Scientific American. September: 153-159
- Chomsky, Noam. (1957). Syntactic structures. The Hague. Mouton.
- Damasio, Antonio. Damasio Hanna. (1992). Brain and language. Scientific American. September: 89-95
- Damasio, Antonio. (1996). El error de Descartes. Grijalbo Mondadori. Barcelona.
- Damasio, Antonio. (1999). The feeling of what happens. Harcourt Brace. San Diego.
- Damasio, Antonio. (2000). Creación cerebral de la mente. Investigación y ciencia. Enero: 66-71.
- Davidson. Richard. Irwin, Wiliam. (1999). The funcional neuroanatomy of emotion and affective style. Trends in cognitive sciences. Vol. 3: 11-21.
- Dávila, Miguel. (2000). Parasomnios. En: Enfoque del paciente con trastornos del sueño. Asociación colombiana de medicina del sueño. Bogotá.
- Davis, Flora. (1992). La comunicación no verbal. Alianza. Madrid.
- De Waal, Frans (2000). Bases genéticas y ambientales de la conducta. Investigación y ciencia. Enero: 48-53.

- Gardner Howard. (1998). A multiplicity of intelligences. Scientific American Presents. Vol. 9. Number 4: 18-23.
- Gardner, Robert. Gardner, Beatrice. (1969). Teaching sign-language to a chimpanzee. Science. Vol. 165: 664-672.
- Gazzaniga, Michael (editor). (1997). Conversations in the cognitive neurosciencies. The MIT Press. Cambridge, Massachusetts.
- Gazzaniga, Michael. (1998). Dos cerebros en uno. Investigación y ciencia. Septiembre: 15-19.
- Geschwind, Norman. (1994). Especializaciones del cerebro humano. En: El leguaje humano. Investigación y Ciencia. Barcelona.
- Gottfredson, Linda. (1998). The general intelligence Factor. Scientific American Presents. Vol. 9. Number 4: 24-29
- Fallon, B. Qureshi, A. Laje, G. and Klein, B. (2000). Hypochondriasis and its relationship to obsessive cumpulsive disorder. The Psych. clinics of North Am. September. Vol. 23. # 3: 605-616
- Fodor, Jerome. (1986). El lenguaje del pensamiento. Alianza. Madrid.
- Gil, Roger. (1999). Neuropsicología. Masson. Barcelona.
- Goldman-rakic, Patricia. (1992). Working memory and the mind. Scientific American. September: 111-117
- Holloway, Marguerite. (1999). James Flynn: ¿Somos ahora más listos?. Investigación y ciencia. Marzo: 38-39
- Humphrey, Nicholas. (1995). Una historia de la mente. La evolución y el nacimiento de la conciencia. Gedisa. Barcelona.
- Izquierdo, I. Medina, J. Vianna, M. Izquierdo, L. Barros, D. (1999). Separate mechanisms for short- and long-term memory. Behav. Brain. Res. Aug; 103 (1): 1-11
- Kandel, Eric. Schwartz, James. Jessell, Thomas. (1997). Neurociencia. Prentice Hall. Madrid.
- Kandel E. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. Am. J. Psychiatry. 155: 457-469.
- Kaplan, H. Sadock, B. Grebb, J. (1996). Sinopsis de psiquiatría. Panamericana. Buenos Aires.
- Kitchener, E.G. Hodges, J.R. McCarthy, R. (1998). Acquisition of post-morbid vocabulary and semantic facts in the absence of episodic memory. Brain. Jul; 121: 1313-27.
- Kleinman, Arthur. Cohen Alex. (1997). Psychiatry's global challenge. Scientific American. March: 86-89
- LeDoux, Joseph. (1994). Emoción, memoria y cerebro. Investigación y ciencia. Agosto: 38- 45

- LeDoux, Joseph. (1996). The emotional brain. Touchstone. New York.
- Loftus Elizabeth. (1997). Creating false memories. Scientific American. September. 70-75.
- Maddox, John. (2000). La ciencia del nuevo milenio. Investigación y ciencia. Enero: 6-12.
- Malinowski, Bronislaw. (1985). Magia, ciencia y religión. Planeta-Agostini. Bogotá.
- Mc Gaugh, J.L. (2000). Memory—a century of consolidation. Science. Jan. 14; 287: 248-51.
- Miller, Jonathan. (1986). Los molinos de la mente. Fondo de Cultura Económica. México.
- Mithen, Steven. (1998). Arqueología de la mente. Grijalbo Mondadori. Barcelona.
- Montañés, Patricia. (1998). Memoria y olvido. Neurociencias en Colombia. 6;1: 31-45.
- Osuna, Edgar. (2000). Enfoque del paciente con insomnio. En: Enfoque del paciente con trastornos del sueño. Asociación colombiana de medicina del sueño. Bogotá.
- Palacios, Eduardo. Palacios Leonardo. (1995). Semiología neurológica integral. Bogotá.
- Pinker, Steven. (1997). How the mind works. W.W. Norton. New York.
- Pinker, Steven. (2000). The language instinct. How the mind creates language. Harper Collins. New York.
- Popper, Karl. Eccles, John. (1.980). El yo y su cerebro. Barcelona. Labor.
- Quervain, D. Roozendaal, B. Nitsch, R. Mc Gaugh, J. and Hock, C. (2000). Acute cortisones administration impairs retrieval of long-term declarative in humans. Nature Neurosciencie. Vol 3; April: 313-314.
- Quine, Willard. (1993). Los métodos de la lógica. Planeta – De Agostini. Barcelona.
- Ruggi, Michael (editor). (1997). Cognitive neuroscience. The MIT Press. Cambridge, Massachusetts.
- Sagan, Carl. (1993). Los dragones del Edén. Grijalbo Mondadori. Barcelona.
- Searle, John. (1994). Mentes, cerebros y ciencia. Cátedra. Madrid.
- Sternberg, Robert. (1998). How intelligent is intelligence testing? Exploring Intelligence. Scientific American Presents. Vol. 9. Number 4: 12-17.
- Stracciari, A. Guarino, M. Pazzaglia, P. (1997). Transient procedural amnesia. Ital. J. Neurol. Sci. Feb;18(1): 35-6.
- Venegas, Marco. (2000). Enfoque del paciente con trastornos del sueño. En: Enfoque del paciente con trastornos del sueño. Asociación colombiana de medicina del sueño. Bogotá.
- Weinberg, Steven. (2000). La unificación de la física. Investigación y ciencia. Enero: 14-21.

- Wechsler, David. (1981) .WAIS-Español. Escala de inteligencia para adultos. El Manual Moderno. México.
- Winner Ellen. (1998). Uncommon Talents: Gifted Children, Prodigies and Savants. Scientific American Presents. Vol. 9. Number 4: 32-37
- Yam, Philip. (1998). Intelligence considered. Exploring Intelligence. Scientific American Presents. Vol. 9. Number 4: 6-11